



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Conocimientos y Prácticas sobre Aplicación de Principios Éticos del Interno de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado y Hospital Goyeneche Arequipa-2014

Autor:

WALTER HUGO JUÁREZ MANSILLA

Trabajo de Investigación para optar el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014




DEDICATORIA

A Dios, por haberme puesto en este mundo y jamás abandonarme

A mis padres y hermanas, quienes me apoyaron a pesar de la adversidad

A mis mejores amigos, con los que codo a codo aprendimos y avanzamos juntos

A mis maestros, que tuvieron la paciencia y dedicación de formarme como médico



“Si hay dos culturas que parecen incapaces de hablar la una con la otra –la ciencia con las humanidades- y si ello es parte de la razón por la que el futuro parece dudoso, entonces posiblemente nosotros podríamos construir un puente hacia el futuro”

(Van Rensselaer Potter)

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	2
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	13
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	18
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	23
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	24
Anexo 3 Matriz de sistematización de información	32
Anexo 4 Proyecto de investigación	1

RESUMEN

Antecedente: La práctica de la medicina requiere de la aplicación constante de principios de bioética, los cuales deben ser enseñados durante cada etapa de la formación universitaria.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y las practicas sobre los principios éticos del Interno de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche.

Métodos: Aplicación de una encuesta previamente validada para explorar el nivel de conocimientos y las prácticas de bioética. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: De los 60 internos, el 58.33% labora en el hospital Honorio Delgado y el 41.67% de ellos labora en el Hospital Goyeneche. Los aspectos mejor conocidos sobre bioética por los internos fue el concepto de consentimiento informado (85%), el concepto de Autonomía (80%) y la expresión de autonomía (66.67%), el principio de justicia (61.67%) y el concepto de beneficencia (60.00%). El 45% de internos tiene conocimientos inadecuados de bioética, 40% tiene un conocimiento regular, y un 15% tiene niveles adecuados de conocimiento. Todos los aspectos de la práctica de bioética fueron respondidos por más de la mitad de internos, siendo los mejor respondidos la negativa ante la solicitud de maniobras abortivas (85%), el apoyo solidario a pacientes (81.67%), la negativa a sugerir el alta voluntaria a pacientes (80%) y el otorgar información completa a los pacientes (76.67%); el 65% tiene una práctica adecuada del consentimiento informado. El nivel de la práctica de los principios de bioética fue adecuado en 51.67% de casos, regular en 23.33% e inadecuado en 25% de internos.

Conclusión: Los conocimientos sobre bioética en internos de medicina fueron en su mayoría inadecuados, sin embargo la aplicación práctica de los principios de la bioética fueron en su mayoría adecuadas.

PALABRAS CLAVE: bioética – conocimientos - prácticas – internos de medicina.

ABSTRACT

Background: The practice of medicine requires the permanent application of bioethical principles, which should be learned during university education.

Objective: To determine the level of knowledge and practical application of the ethical principles of Medicine interns of Honorio Delgado Regional Hospital and Goyeneche Hospital.

Methods: We applied a previously validated questionnaire to explore the level of knowledge and the practice of bioethics. Results are shown using descriptive statistics.

Results: Of the 60 interns, 58.33 % worked in Honorio Delgado Hospital and 41.67% of at Goyeneche Hospital. The best-known aspects of bioethics by interns was the concept of informed consent (85 %), concept (80 %) and expression (66.67%) of autonomy, the principle of justice (61.67 %) and the concept of beneficence (60.00%). 45% of interns have inadequate knowledge of bioethics, 40% have a regular knowledge, and 15% have appropriate levels of knowledge. All aspects of the practice of bioethics were answered by more than half of interns, being best answered the negative before the request for abortion procedures (85%), the solidarity and support to patients (81.67%), refusal to suggest voluntary discharge to patients (80%) and provide complete information to patients (76.67%); 65% of interns had adequate practice of informed consent. The level of practice of the principles of bioethics was adequate in 51.67 % of cases, fair in 23.33 % and inadequate in 25 % of inmates.

Conclusion: Knowledge of bioethics in medical interns were largely inadequate, however the practical application of the principles of bioethics were for the most appropriate.

KEYWORDS: Bioethics - knowledge – Attitudes- practical - medical interns.

INTRODUCCIÓN

La ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia. La deontología médica regula los deberes de los médicos.

La medicina, tradicionalmente, se rige por los principios de la bioética: beneficencia que consiste en la búsqueda del bien para el paciente y la no maleficencia que consiste en evitar cualquier forma de daño o lesión.

Concurren con ellos los principios de autonomía o respeto por las decisiones del paciente, el de justicia, que reconoce que todos los seres humanos deben ser tratados por igual y, si hubiera que hacer una excepción, se favorecerá a los más necesitados.

En los últimos decenios se ha producido una brecha, lamentablemente siempre más ancha, entre la ética declarada y la práctica cotidiana.

El presente trabajo de investigación está orientado a determinar el nivel de conocimientos y de prácticas de los cuatro principios éticos (Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia) con los cuales Interno de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche, desarrolla su práctica médica.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: El presente trabajo de investigación es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal, ya que permite obtener información sobre la variable de estudio tal y como se presenta en la realidad en un tiempo y espacio determinado. La técnica a utilizar fue la encuesta.

Instrumentos: Es la encuesta, la misma que se elaboró en forma específica e inédita para el presente estudio (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital Goyeneche.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de enero y febrero del 2014.

2.3. Unidades de estudio: Internos de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María que se encuentren realizando el Internado rotatorio en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y en el Hospital Goyeneche el año 2014.

Población: Todos los Internos de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María que se encuentren realizando el Internado rotatorio en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y en el Hospital Goyeneche el año 2014.

Muestra: 60 Internos de Medicina que cumplieron con los criterios de selección

Criterios de selección

♦ **Criterios de Inclusión**

- Internos de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y que estén cursando el internado rotatorio 2014 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y en el Hospital Goyeneche,

♦ **Criterios de Exclusión**

- Aquellos Internos cuyas encuestas no hayan sido respondidas en su totalidad.
- Aquellos Internos que no se encuentren presentes el día de la encuesta
- Aquellos Internos que no quieran colaborar con el estudio.

3. Tipo de investigación: Se trata de un trabajo No experimental, Prospectivo, y transversal.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

- Presentación de documentos administrativos respectivos para solicitar la autorización de toma de datos
- Coordinación con el Jefe de internos de medicina para la autorización de toma de datos.
- Se recopilaron los datos mediante el uso del cuestionario a la población objetivo.

4.2. Validación de los instrumentos

Los cuestionarios de conocimientos y prácticas fueron validados con el método “Alfa de Cronbach”, presentando una buena consistencia en cuanto a conocimientos ($\alpha = 0.74$) y prácticas ($\alpha = 0.84$).

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.

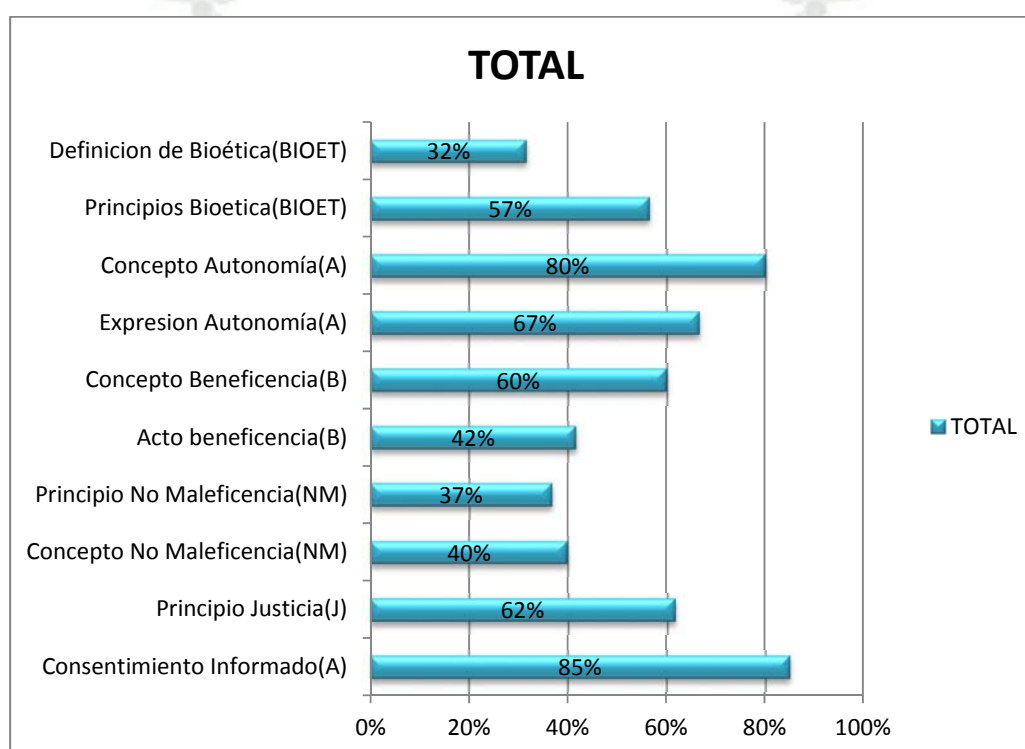


CAPÍTULO II
RESULTADOS

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS DEL
INTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL
GOYENECHÉ AREQUIPA-2014**

Grafico 1

**Frecuencia de respuestas correctas a las preguntas de conocimiento
en el total de la muestra**

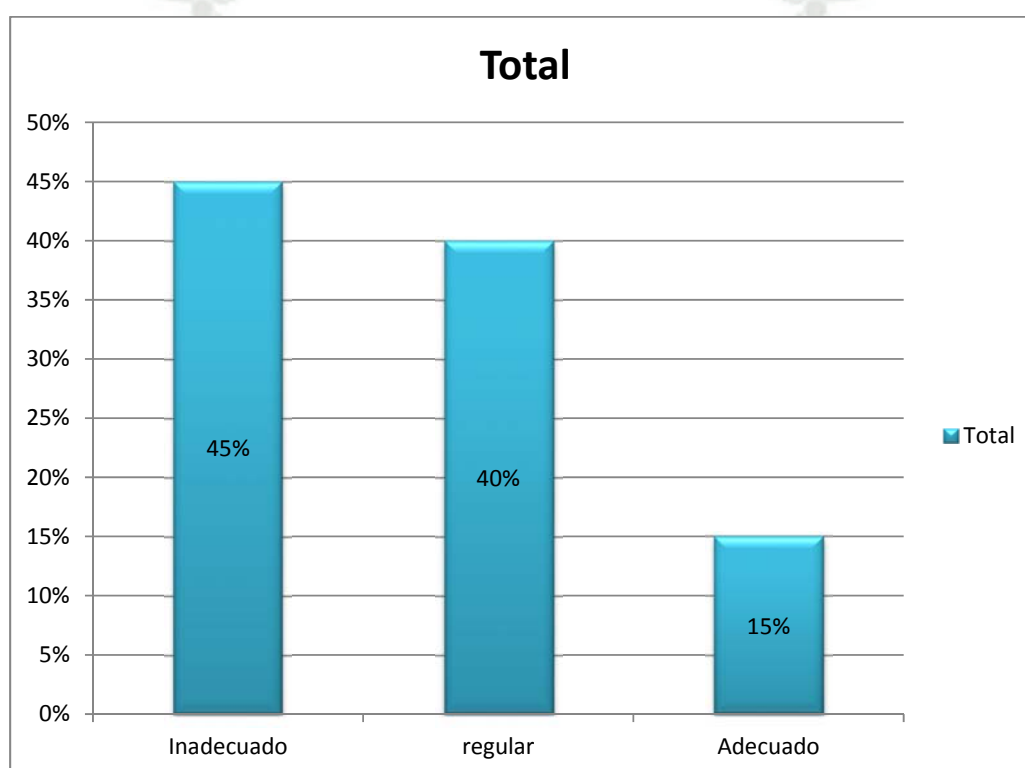


Abreviación	Interpretación
Bioet.	Bioética
B	Beneficencia
NM	No Maleficencia
A	Autonomía
J	Justicia

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS DEL
INTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL
GOYENECHE AREQUIPA-2014**

GRAFICO 2

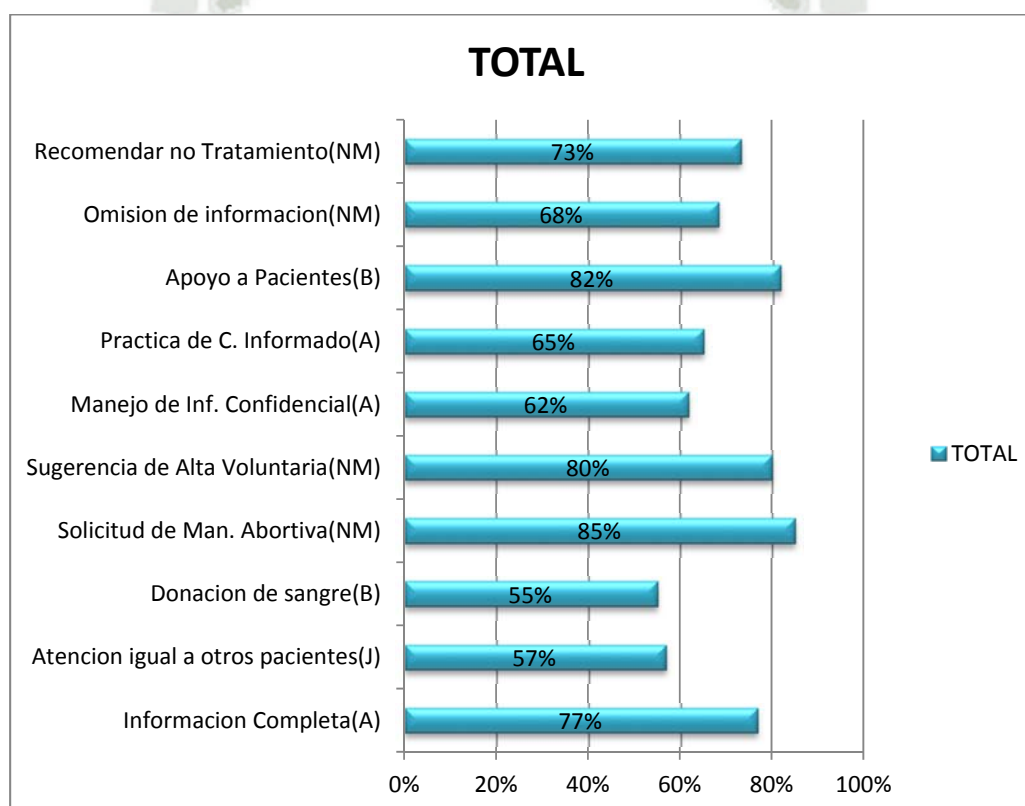
**Distribución total de internos de medicina según nivel de
conocimientos sobre bioética**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS DEL
INTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL
GOYENECHÉ AREQUIPA-2014**

Grafico 3

**Frecuencia de respuestas correctas a las preguntas de Prácticas en el
total de la muestra**

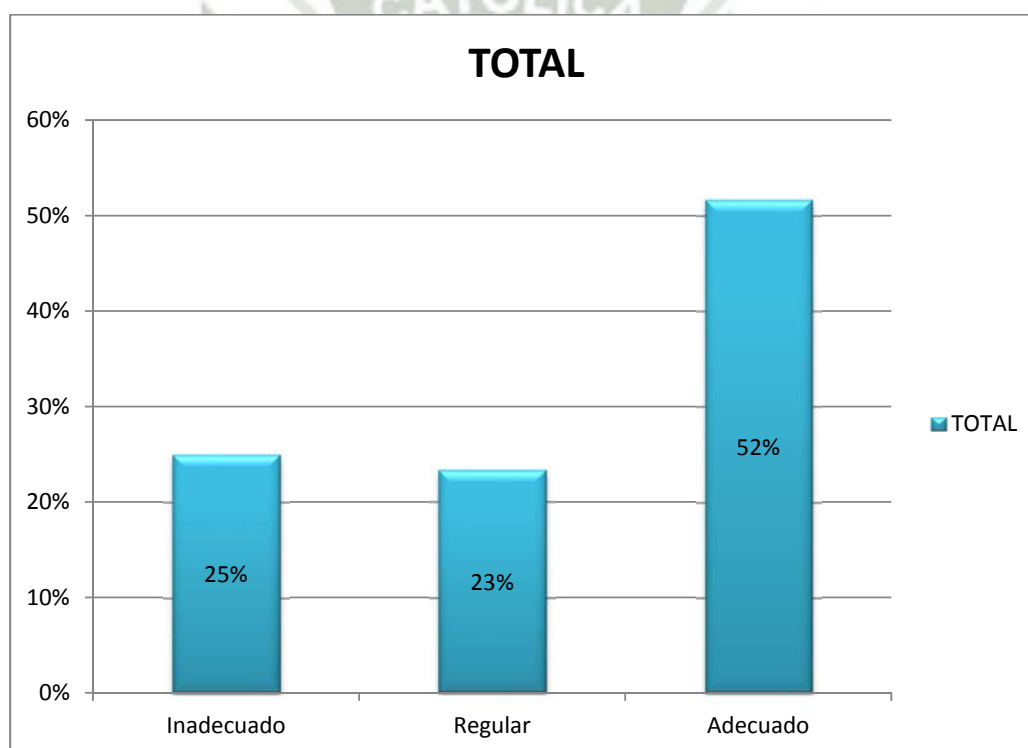


Abrev.	Interpretación
B	Beneficencia
NM	No Maleficencia
A	Autonomía
J	Justicia

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS DEL
INTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL
GOYENECHÉ AREQUIPA-2014**

Gráfico 4

**Distribución total de internos de medicina según nivel de aplicación
práctica de los principios de la bioética**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS DEL
INTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL
GOYENECHÉ AREQUIPA-2014**

Tabla 1

**Relación entre conocimientos y las prácticas de bioética en los
internos de medicina**

	Conocimiento						Total	
	Inadecuado		Regular		Adecuado			
Actitudes	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Inadecuada	6	10.00%	5	8.33%	4	6.67%	15	25.00%
Regular	9	15.00%	5	8.33%	0	0.00%	14	23.33%
Adecuada	12	20.00%	14	23.33%	5	8.33%	31	51.67%
Total	27	45.00%	24	40.00%	9	15.00%	60	100.00%

$\chi^2 = 5.44$

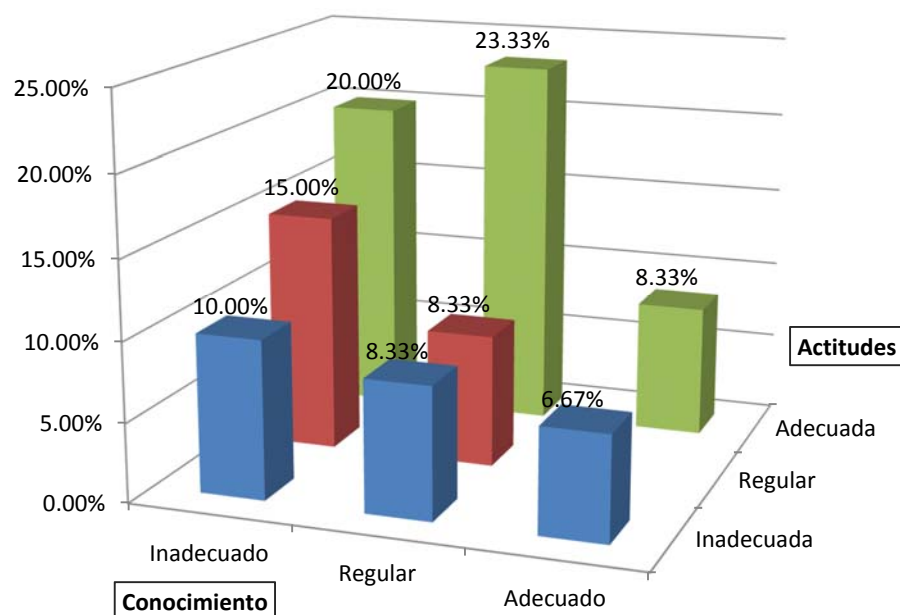
G. libertad = 4

$p = 0.25$

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS DEL
INTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y HOSPITAL
GOYENECHÉ AREQUIPA-2014**

Gráfico 5

**Relación entre conocimientos y prácticas de bioética en los internos de
medicina**



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el **Gráfico 1** se muestran las respuestas correctas al cuestionario de conocimientos según hospital; los aspectos mejor conocidos por los internos de los dos hospitales fue acerca del concepto de consentimiento informado (85%), el concepto de autonomía (80%), la expresión de la autonomía (66.67%), el principio de Justicia (61.67%) y el concepto de beneficencia (60.00%); el 56.67% identificó correctamente los principios de la bioética, y los demás aspectos como los actos de beneficencia, el concepto de no maleficencia y el principio de no maleficencia, o la misma definición de bioética, fueron conocidos por menos de la mitad de internos.

Los resultados encontrados se aproximan con los hallazgos reportados en la tesis de Casanova Saldarriaga (Lima 2007) sobre conocimientos de la bioética y sus principios fundamentales en los médicos que laboran en un hospital nacional nivel IV, con respecto al principio de justicia que contaba con un 54% de aciertos; pero nuestros resultados difieren a los resultados de Casanova en el principio de no maleficencia (52%), autonomía (48%) y beneficencia (44%). Como bien indica en sus conclusiones, existía una tendencia a tener más en cuenta a los principios de primer nivel (no maleficencia y justicia) catalogados así por Diego Gracia, por sobre los de segundo nivel (Beneficencia y autonomía) porque desde la formación universitaria hemos conocido el significado del “Primum non Nocere” y además que a medida que avanza la medicina y la tecnología, se trata de darle lo mejor a los pacientes y en forma justa.

Al parecer actualmente según los resultados obtenidos en los internos de Medicina, existe ahora la tendencia a tener más en cuenta los principios de segundo nivel (Autonomía y Beneficencia) y romper con esa doctrina del paternalismo en la relación Médico-Paciente, más acentuada en los estratos medios y bajos, en la que era el médico el que decidía que era lo mejor para el paciente y tomaba decisiones con escasa participación del paciente. Así, el interno de medicina se interesa más en explicarle al paciente su condición y hacerlo participe de las decisiones que guiaran su tratamiento y pronóstico, además de la correcta aplicación del consentimiento informado. En esta tendencia el interno tiene presente también el principio de beneficencia, como pilar para su práctica médica.

Al evaluar el nivel de conocimientos de los internos (**Gráfico 2**) se observa que el 45% de internos tiene conocimientos inadecuados de bioética, 40% tiene un conocimiento regular, y un 15% tiene niveles adecuados de conocimiento.

Los resultados encontrados difieren con los hallazgos reportados en la tesis de Pilar Ramírez (Arequipa 2010) sobre conocimientos y actitudes de bioética en la práctica médica en alumnos de pre-grado de medicina, incluyendo dentro de su población a internos de medicina. Se encontró que el 50% de encuestados tenían un nivel regular de conocimientos acerca de los 4 principios de la bioética, 27,5% presentaban un buen nivel de conocimientos y 22,5% un nivel inadecuado de conocimientos. Estos resultados podrían explicarse al observar que la población en el trabajo de Ramírez incluye no solo internos de medicina, sino también alumnos de la facultad de medicina que en ese momento estaban llevando el curso de Bioética, además de incluir residentes y médicos asistentes.

Además al hacer la comparación de nuestros resultados con los de Casanova, también se observan diferencias, ya que el porcentaje de población con conocimientos inadecuados en dicho trabajo fue mayor (59,72%) al que se obtuvo en esta tesis (45%). Podría ser explicado por el hecho de que muchos profesionales médicos no actualizan sus conocimientos acerca de bioética luego del postgrado, mientras que los internos de medicina aún mantienen sus conocimientos presentes; además que no en todas las facultades de medicina del Perú el curso de bioética es proporcionado.

En relación a las prácticas de los internos acerca de aspectos de bioética en el internado, el **Gráfico 3** muestran que todos los aspectos interrogados fueron respondidos por más de la mitad de internos, siendo los mejor respondidos la negativa antes la solicitud de maniobras abortivas (85%), el apoyo solidario a pacientes (81.67%), la negativa a sugerir el alta voluntaria a pacientes (80%), el otorgar información completa a los pacientes (76.67%), entre otras como la práctica adecuada del consentimiento informado en 65% de casos.

Al hacer la comparación con los resultados de la tesis de Pilar Ramírez (Arequipa 2010), se observa que obtuvo un alto porcentaje de actitudes o prácticas adecuadas (62,5%) y 37% de prácticas inadecuadas. Sin embargo los resultados acerca de la solicitud de maniobras abortivas fue adecuado en tan solo 36 % y más preocupante fueron los resultados acerca de la aplicación del consentimiento informado, los cuales fueron adecuados solo en el 8,75%, regulares en el 46,25% e inadecuados en el 37,5%. Estos resultados avalan lo citado anteriormente, de que en los internos de medicina actualmente existe una tendencia a romper con el paternalismo en la relación médico-paciente y hacer más participativo al paciente, así

plasmar la importancia de nuestro deber moral de informar y ser apoyados por la decisión y el deseo del paciente en cada paso requerido de la atención.

El nivel de prácticas de principios de bioética (**Gráfico 4**) fue adecuado en 51.67% de casos, siendo regular en 23.33% e inadecuado en 25% de internos.

Los resultados de la tesis de Pilar Ramírez (Arequipa 2010), indican que obtuvo un alto porcentaje con respecto a actitudes o prácticas adecuadas (62,5%), regular (23,5%) e inadecuado (15%). Existe aproximación en los tres parámetros y esto puede deberse a que a pesar de que los conocimientos sean regulares o deficientes en su mayoría, la práctica y actitudes éticas están condicionadas a otro tipo de factores, relacionados tal vez a la formación moral y humanística previa de los sujetos de estudio.

La **Tabla 1 y Gráfico 5** según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=5.44$) se muestra que el nivel de conocimiento y las prácticas sobre Bioética no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$). Sin embargo muestran que la mayoría de internos con conocimientos inadecuados o regulares tienen adecuadas prácticas de bioética (23.33%), siendo sólo un 10% de internos que no tienen conocimientos adecuados los que también evidencian prácticas inadecuadas.

Estos resultados certifican lo dicho anteriormente; que el interno de medicina de la UCSM, posee otros factores determinantes, además de sus conocimientos sobre bioética, que le permiten actuar del modo correcto y adecuado para el bienestar de sus pacientes. Resultados similares fueron obtenidos por Ramírez, en cuyo trabajo se evidencio que un 35% de sujetos con nivel de conocimientos regular, tuvo nivel adecuado de prácticas y un 62% de sujetos con conocimientos inadecuados tuvieron

prácticas adecuadas. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.18$) se muestra que el nivel de conocimiento y la actitud sobre Bioética no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. El nivel de conocimientos sobre los principios de la ética médica de los Internos de Medicina de la UCSM, fue inadecuado en la mayoría de los internos

Segunda. El nivel de prácticas sobre la aplicación de principios éticos en los internos de medicina de la UCSM, fue adecuado en la mayoría de los casos.



RECOMENDACIONES

- 1) Debido a que los resultados indican un bajo nivel de conocimientos acerca de bioética, se recomienda a la Facultad de Medicina de la UCSM realizar un estudio global acerca de conocimientos de bioética en los alumnos e Internos de Medicina para determinar si existe algún déficit en la enseñanza de dichos conocimientos.
- 2) Se recomienda que el curso de bioética sea enseñado no solo en 6to año, sino durante todas las etapas de enseñanza de la medicina haciendo énfasis en la enseñanza con el ejemplo por parte de los docentes, se implementen cursos de actualizaciones en Bioética para los Médicos Internos de los diferentes hospitales, para reforzar los conocimientos aprendidos en el pregrado y que puedan aplicar mejor la Bioética en los hospitales en donde realizan sus prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thiebaut, C. Neoaristotelismo contemporáneo. En: Camps, V., Guariglia, O., y Salmerón, O. Editores. Concepciones de la ética. Editorial Trotta. Madrid, 1992.
2. Fullat, O., Gomis, C. El hombre un animal ético. Ed. Vicens-Vives. Barcelona, 1987.
3. Copleston, F. Historia de la Filosofía (I). Editorial Ariel. Barcelona, 2004.
4. Guisán, E. Introducción a la Ética. Cátedra Ediciones. Madrid, 1995.
5. Kottow, M. Introducción a la Bioética. Sudamericana. Santiago de Chile, 1995.
6. Gracia, D. Bioética Clínica. 1ra. Edición Editorial el Búho Ltda. Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia. 1998
7. Gracia, D. Historia de la Ética Médica, en Ética y Medicina, Vilardell F. (Editor). Espasa Calpe S. A. Madrid, 1998.
8. Llano, A. ¿Qué es Bioética? 3R Editores. Bogotá, 2001
9. Lolas, F. Bioética, El Dialogo Moral en las Ciencias de la vida. Editorial Universitaria S. A. Santiago de Chile, 1998.
10. Beauchamp, T.L., Childress, J.F. Principles of Biomedical Ethics. New York Oxford University Press 2001.
11. Singer, P. Ética Práctica, segunda edición. Cambridge University Press, Cambridge, 1995.
12. Gracia D. Enseñanza posgraduado y formación continuada en ética. Organización Médica Colegial 1992.
13. Alarcón J, Piscoya J, Gutiérrez C, Reyes M. Enseñanza de Bioética en las Escuelas de Medicina del Perú. Anales de la Facultad de Medicina 2005; 66(1): S58-59

14. Durand, J., Espinoza, T., Del Carmen, C. Contenidos educativos que contribuyen en la formación de valores de los estudiantes de la Facultad de Medicina, UNMSM. Anales de la Facultad de Medicina 2005; 66(1): S58.
15. Muñoz, A. Investigación Científica en Salud-Aspectos Metodológicos y Eticos- 1ra edición, Arequipa-Perú 2009
16. Berlinguer, G. Ética de la salud-1ra edición .Buenos Aires 2009
17. Gracia, D. “El qué y el porqué de la Bioética. Cuadernos de Programa Regional de Bioética (1).OPS. Primera Edición. 1995.
18. Lolas, F. Temas de Bioética. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 2002.
19. Lolas, F. Bioética y Antropología Médica. Editorial Mediterráneo.
20. Singer, P. Una vida ética. Tauros. Madrid, 2002.
21. Instituto de Ética en Salud. Propuesta de enseñanza de la ética médica (Bioética) en la Escuela de Medicina Humana. Lima: Facultad de Medicina, UNMSM. (Documento interno); 2002.

PAGINAS WEB

1. CMP. Código de Ética y Deontología [<http://www.cmp.org.pe/>]. Lima [Actualizada 3 de Enero 2000; acceso 18 de Diciembre 2013]. Disponible en: http://www.cmp.org.pe/doc_norm/codigo_etica_cmp.pdf
2. http://es.wikipedia.org/wiki/Ética_médica



ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

El siguiente cuestionario busca conocer el nivel de sus CONOCIMIENTOS acerca de aplicación de los principios éticos y su PRÁCTICA en la aplicación de los mismos en el internado. Esta Ficha es completamente anónima y se requiere de su aceptación para la participación.

Recuerde marcar la respuesta que usted considere que va más acorde con su práctica médica cotidiana y responder con la mayor veracidad posible. Gracias

¿Acepta Usted Participar en la siguiente encuesta?

SI

☐

NO

☐

Hospital en el que Realiza el Internado:

I. CONOCIMIENTOS SOBRE PRINCIPIOS ETICOS

1. Señale cual definición de bioética es la correcta
 - a. **Estudio de la conducta humana en las ciencias de la vida y atención de la salud sobre la base de los valores morales.**
 - b. Estudio de la conducta humana relacionado a la problemática de la relación médico-paciente.
 - c. Estudio de los principios éticos y morales aplicados a la relación medico paciente.
2. Los principios fundamentales de la bioética son:
 - a. No Maleficencia, justicia, Prudencia, Beneficencia.
 - b. No Maleficencia, Beneficencia, colaboración, justicia.
 - c. **Autonomía, Beneficencia, justicia, No Maleficencia.**
 - d. Justicia, colaboración, no hacer daño, distribución.
3. Con respecto a los principios de la Bioética, la autodeterminación o capacidad de actuar con conocimiento y sin coacción externa por parte del paciente es llamada:
 - a. Prudencia
 - b. **Autonomía**
 - c. Beneficencia
 - d. No maleficencia

4. La máxima expresión del principio de Autonomía es:
 - a. La historia clínica
 - b. Los antecedentes Médicos del paciente.
 - c. El consentimiento informado**
 - d. El reporte operatorio
5. ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor al principio de beneficencia?
 - a. “La salud de mi paciente será mi primera preocupación”**
 - b. “Todo para el paciente pero sin contar con él”
 - c. “El bien tanto para el paciente como para el médico tratante”
 - d. “El médico por su formación y conocimientos es el único que decide acerca de lo que es mejor para el paciente”
6. El médico podrá actuar en bien del paciente si se dan las siguientes situaciones, ¿excepto?
 - a. El paciente está amenazado de sufrir una pérdida de su salud o daño importante.
 - b. La acción del médico es necesaria para evitar una pérdida o daño importante del paciente.
 - c. Los beneficios que pueda tener el paciente superan los daños que pueda sufrir el médico.
 - d. La acción debe ser realizada en beneficio del paciente, aunque el médico si sufra un daño significativo.**
7. “Primero no hacer daño” implica; ¿excepto?
 - a. No suministrar algún fármaco letal a quien se lo pida
 - b. No sugerir suministrar algún tratamiento perjudicial para la salud a algún paciente que lo pida o lo desee
 - c. No continuar con algún tratamiento que cause más riesgos que beneficios
 - d. No continuar brindando tratamiento alguno a un paciente terminal**

8. ¿Cuál de las siguientes situaciones se refiere a evitar daños y riesgos, y tiene el principio ético de ser No Maleficente?
- El cumplimiento de los deberes con la profesión.
 - El no abandonar a los pacientes.**
 - La buena capacitación profesional.
 - La buena distribución de recursos
9. Para la Bioética, El principio de justicia implica que: (marque la correcta)
- Tratar a cada uno como corresponda dentro de los actos.**
 - Se debe contribuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.)
 - Obligación de disminuir las situaciones de igualdad en el trato quirúrgico.
 - Distribución de los recursos sanitarios a todos por igual.
10. Señale lo correcto respecto al consentimiento informado.
- Es un documento redactado que debe firmar el paciente y que ayuda a los médicos a defenderse de la mala praxis.
 - Es todo lo que el paciente necesita saber sobre su patología.
 - Es la decisión que toma un paciente luego de saber todo sobre su patología.
 - Es el acto de aceptar o rehusar la acción médica luego de entender una información adecuada, considerar las alternativas y ser capaz de comunicar la decisión.**

Ítem Evaluado (Conocimientos)	Nro. de Pregunta
Bioética	1 y 2
Beneficencia	5 y 6
No Maleficencia	7 y 8
Autonomía	3, 4, 10
Justicia	9

Preguntas Respondidas	Puntuación
C/Pregunta correctamente respondida	1 punto
C/Pregunta incorrectamente respondida	0 puntos

II. PRACTICAS SOBRE APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ETICOS

11. ¿Cuál de los siguientes sería un motivo convincente para que el médico recomiende a un paciente no someterse a determinado tratamiento?
- a. Que se trate de un paciente con discapacidad mental y con bajos recursos.
 - b. La sobrecarga de pacientes y falta de recursos que pueda existir en su hospital.
 - c. **Que el tratamiento vaya a ser poco efectivo y hasta posiblemente más perjudicial.**
 - d. Que el paciente no esté bien informado de los riesgos y beneficios.
12. ¿Alguna vez usted dejo de informar a su médico asistente o residente acerca de alguna situación de riesgo de su paciente con el fin de no llenar más documentos y/o hacer más trámites?
- a. Si, a veces
 - b. **No, nunca**
 - c. Sí, siempre
 - d. No, excepto cuando el paciente tenía una evolución desfavorable y pronóstico reservado
13. Durante su práctica médica en el internado usted
- a. Siempre considero que era suficiente realizar su labor en beneficio del paciente solo hasta donde era estrictamente necesario
 - b. **En muchas ocasiones se quedó en el hospital incluso cuando ya había terminado con todos sus deberes, para apoyar a su paciente cuando este lo necesitaba.**
 - c. Varias veces dejo algún pendiente o deber que beneficiaría a su paciente, sin resolver.
14. Con respecto al consentimiento informado:
- a. Usted muchas veces hizo firmar el consentimiento a su paciente antes de realizarle un procedimiento o acto médico, sin explicarle al detalle lo que estaba firmando.
 - b. **Usted siempre se tomo el debido tiempo para brindarle a su paciente la información adecuada acerca de su patología,**

alternativas de tratamiento y procedimiento a realizársele, antes de hacerle firmar el consentimiento informado.

- c. Usted muchas veces brindo información incompleta, equivocada y apresurada a su paciente para que firme lo antes posible el consentimiento informado.

15. Con respecto al manejo de información confidencial acerca del estado crítico de un paciente

- a. Usted siempre comento dicha información con sus colegas sin tomar en cuenta la naturaleza de confidencialidad
- b. Usted fue en alguna ocasión quien informo a la familia, siempre con respeto al paciente y a su dignidad, brindando la información completa y precisa.**
- c. Durante la visita médica, usted indico el mal pronóstico del paciente sin tomar en cuenta que el paciente lo estaba escuchando y entendiendo.
- d. Usted obvió alguna vez brindar la información del estado crítico del paciente al mismo o a la familia por temor a la reacción en estos

16. ¿Alguna vez durante su práctica médica usted sugirió a su paciente solicitar su alta voluntaria aun cuando su tratamiento no había finalizado, solo por disminuir la carga laboral?

- a. Si, alguna vez
- b. No, nunca**

17. Un amigo, conocido por usted, acude por emergencias con su pareja, la cual presenta sangrado genital, se le diagnostica como amenaza de aborto. Su amigo sugiere sutilmente que usted le recomiende alguna solución práctica para terminar con el embarazo. Usted:

- a. Le proporciona una receta firmada por su asistente, prescrita por usted para que pueda comprar el fármaco abortivo y le da indicaciones para su uso
- b. Le indica que lo que está sugiriendo es penado por la ley y que aunque son amigos, no puede ayudarlo por sus principios éticos.**

- c. Le aconseja que acuda a un consultorio particular en donde puedan solucionar su percance.
 - d. Le indica que depende de la situación económica y posibilidades que su amigo tiene para mantener a su hijo.
- 18.** Si su paciente requiere de manera urgente que se le transfunda una unidad de sangre y no hay ningún familiar ni conocido del paciente que pueda donar dicha unidad y además usted posee el mismo grupo sanguíneo del paciente. ¿Qué conducta tomaría usted?
- a. Esperaría a que apareciera algún voluntario que pueda donar dicha unidad.
 - b. Donaría usted mismo la unidad de sangre ya que usted tiene el mismo tipo de sangre que su paciente.**
 - c. Preguntaría al paciente si posee recursos económicos para pagarle a alguna persona para que sea su donante.
- 19.** Si usted observa que un paciente con patología similar a la de uno de sus pacientes, se encuentra descuidado, sin atención adecuada por parte de su interno a cargo y que le faltan exámenes de laboratorio y medicamentos para su tratamiento. ¿Usted?
- a. No le da mucha importancia porque usted tiene varios pacientes a su cargo y no puede hacerse cargo de otro mas
 - b. Le indica al interno encargado de ese paciente que se haga cargo.
 - c. Se cerciora completamente de que ese paciente sea bien atendido, del mismo modo que su paciente, ya sea apoyando al interno encargado o encargándose del paciente usted mismo.**
- 20.** Cuando se trata de explicarle a su paciente acerca de su patología y tratamiento:
- a. Si se trata de un paciente con nivel cultural bajo, usted le da información muy básica, incompleta y en términos muy simples porque probablemente no le vaya a entender.
 - b. Usted brinda información completa, clara y precisa, con términos adecuados para que su paciente entienda, sin importar su nivel cultural.**

- c. Usted brinda información completa y con términos adecuados solo si se trata de un paciente con buen nivel cultural.
- d. Usted prefiere que la información sea proporcionada a su paciente por El médico asistente u otro profesional de la salud.

Muchas gracias por su colaboración.

Ítem Evaluado (Prácticas)	Nro. de Pregunta
Beneficencia	13, 18
No Maleficencia	11, 12, 16, 17
Autonomía	14, 15, 20
Justicia	19

Preguntas Respondidas	Puntuación
C/Pregunta correctamente respondida	1 punto
C/Pregunta incorrectamente respondida	0 puntos

Anexo 2

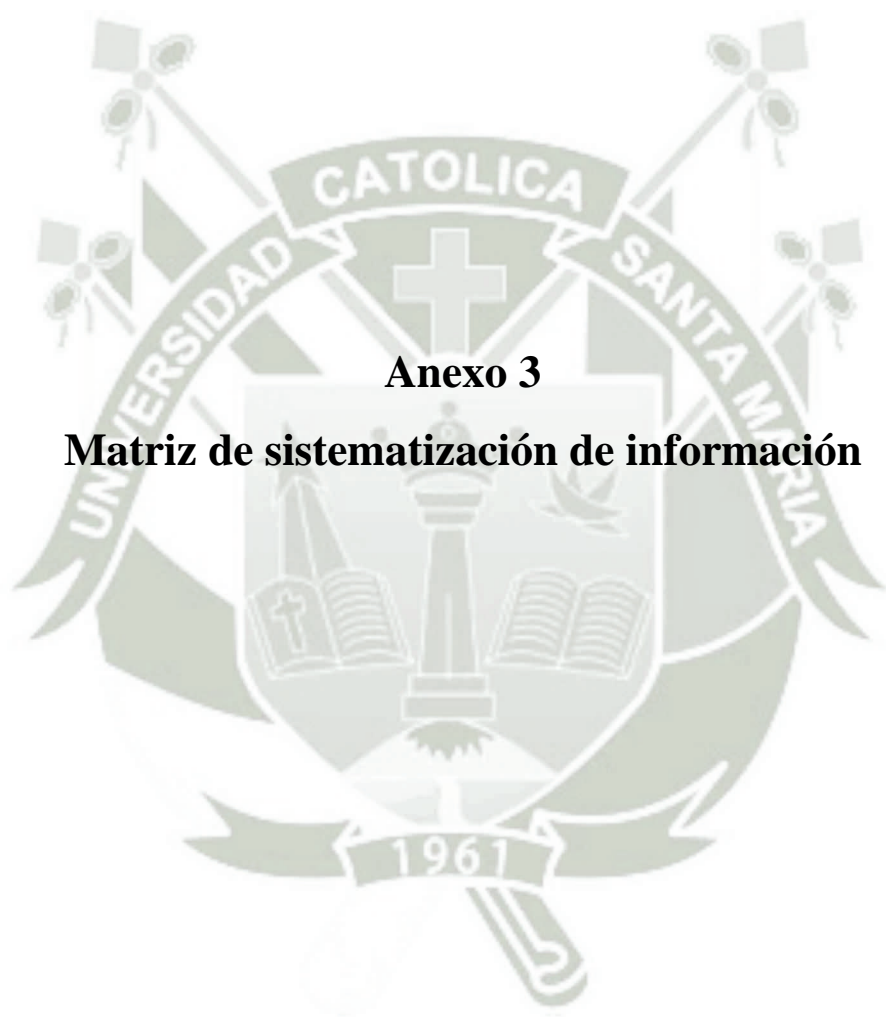
TABLA DE INTERPRETACION DE RESULTADOS

Ítem Evaluado (Conocimientos)	Nro. de Pregunta
Bioética	1, 2
Beneficencia	5, 6
No Maleficencia	7, 8
Autonomía	3, 4, 10
Justicia	9

Ítem Evaluado (Prácticas)	Nro. de Pregunta
Beneficencia	13, 18
No Maleficencia	11, 12, 16, 17
Autonomía	14, 15, 20
Justicia	19

Preguntas Respondidas	Puntuación
C/Pregunta correctamente respondida	1 punto
C/Pregunta incorrectamente respondida	0 puntos

PUNTAJE	INTERPRETACION
0-4	INADECUADO
5-7	REGULAR
8-10	ADECUADO



Anexo 3

Matriz de sistematización de información

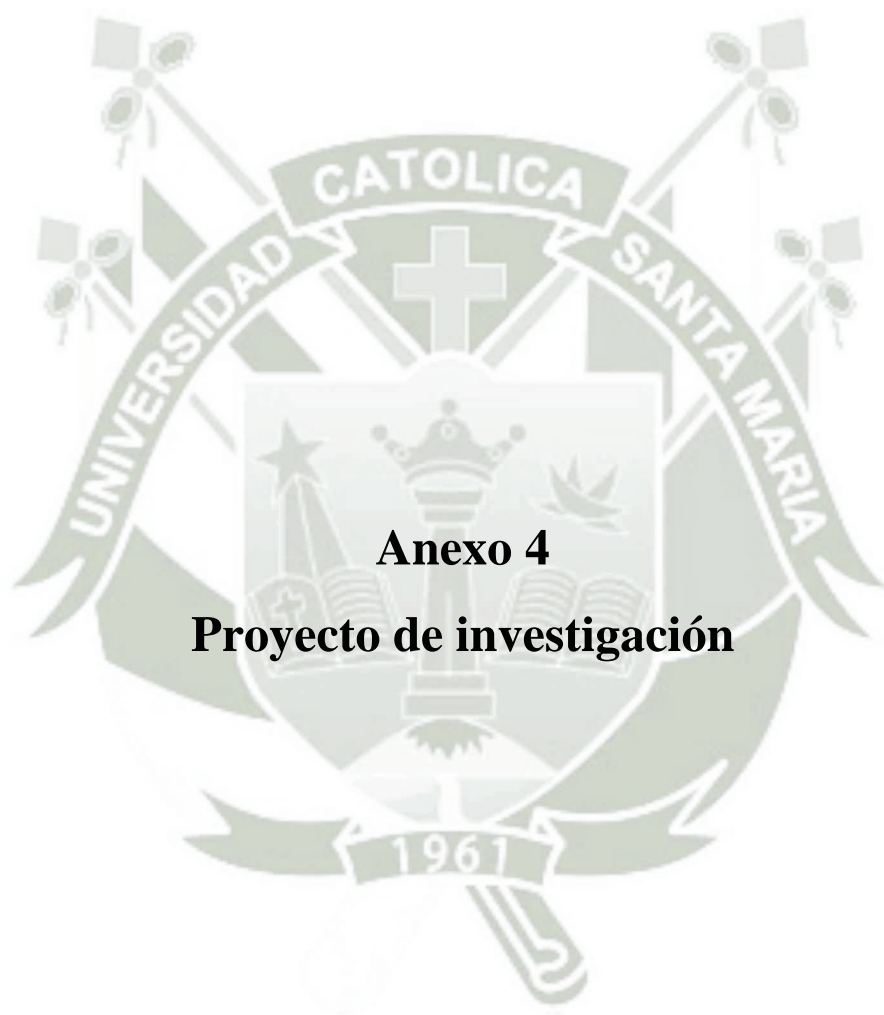
N°	Hospital	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	Conoc total	Nivel conoc	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Practica total	Nivel Prac
1	HRHDE	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	Adecuado	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	5	Inadecuado
2	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	Inadecuado	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3	Inadecuado
3	HRHDE	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	7	Regular	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	7	Regular
4	HRHDE	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	6	Regular	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	5	Inadecuado
5	HRHDE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	4	Inadecuado
6	HRHDE	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	5	Inadecuado	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7	Regular
7	HRHDE	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	4	Inadecuado	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	Inadecuado
8	HRHDE	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	Inadecuado	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	5	Inadecuado
9	HRHDE	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	6	Regular	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	6	Regular
10	HRHDE	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	Inadecuado	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	Regular
11	HRHDE	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Adecuado	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	Adecuado
12	HRHDE	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	Adecuado
13	HRHDE	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	Adecuado	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	Adecuado
14	HRHDE	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	5	Inadecuado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
15	HRHDE	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	4	Inadecuado	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	Adecuado
16	HRHDE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	Inadecuado	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Adecuado
17	HRHDE	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	Inadecuado	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	7	Regular
18	HRHDE	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	5	Inadecuado	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	7	Regular
19	HRHDE	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	Adecuado	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	4	Inadecuado

20	HRHDE	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	6	Regular	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8	Adecuado
21	HRHDE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	Adecuado
22	HRHDE	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	Adecuado	
23	HRHDE	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	7	Regular	1	1	1	1	1	1	0	0	1	8	Adecuado	
24	HRHDE	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	Regular	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	5	Inadecuado
25	HRHDE	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	5	Inadecuado	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8	Adecuado
26	HRHDE	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3	Inadecuado	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	6	Regular
27	HRHDE	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	5	Inadecuado	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	4	Inadecuado
28	HRHDE	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	4	Inadecuado	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8	Adecuado
29	HRHDE	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	Regular	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	7	Regular
30	HRHDE	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	7	Regular	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	6	Regular
31	HRHDE	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	4	Inadecuado	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	Adecuado
32	HRHDE	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
33	HRHDE	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Adecuado	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8	Adecuado
34	HRHDE	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	5	Inadecuado	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	4	Inadecuado
35	HRHDE	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	6	Regular	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	4	Inadecuado
36	Goyeneche	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6	Regular	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	4	Inadecuado
37	Goyeneche	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	4	Inadecuado	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	Adecuado
38	Goyeneche	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4	Inadecuado	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	Adecuado
39	Goyeneche	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	4	Inadecuado	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9	Adecuado
40	Goyeneche	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	Adecuado	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	Adecuado

41	Goyeneche	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	5	Inadecuado	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8	Adecuado
42	Goyeneche	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	Regular	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	6	Regular
43	Goyeneche	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	5	Inadecuado	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	Regular
44	Goyeneche	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	5	Inadecuado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
45	Goyeneche	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	6	Regular	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	Inadecuado
46	Goyeneche	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	4	Inadecuado	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	7	Regular
47	Goyeneche	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	5	Inadecuado	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5	Inadecuado
48	Goyeneche	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
49	Goyeneche	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	4	Inadecuado	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	7	Regular
50	Goyeneche	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	Adecuado
51	Goyeneche	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7	Regular	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Adecuado
52	Goyeneche	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
53	Goyeneche	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8	Adecuado	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	Inadecuado
54	Goyeneche	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	5	Inadecuado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
55	Goyeneche	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
56	Goyeneche	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	6	Regular	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	Adecuado
57	Goyeneche	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	6	Regular	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8	Adecuado
58	Goyeneche	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	6	Regular	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	Adecuado
59	Goyeneche	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	Inadecuado	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6	Regular

60	Goyeneche	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	7	Regular	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	Adecuado
		19	34	48	40	36	25	22	24	37	51			44	41	49	39	37	48	51	33	34	46		





Anexo 4
Proyecto de investigación

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“Conocimientos y Practicas sobre Aplicación de Principios Éticos del Interno de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado y Hospital Goyeneche AREQUIPA-2014”

Proyecto de Tesis elaborado por:
Walter Hugo Juárez Mansilla

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AREQUIPA – PERÚ
2014

I. PREAMBULO

La ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia. La deontología médica regula los deberes de los médicos.

La medicina, tradicionalmente, se rige por los principios de la bioética: beneficencia que consiste en la búsqueda del bien para el paciente y la no maleficencia que consiste en evitar cualquier forma de daño o lesión.

Concurren con ellos los principios de autonomía o respeto por las decisiones del paciente, el de justicia, que reconoce que todos los seres humanos deben ser tratados por igual y, si hubiera que hacer una excepción, se favorecerá a los más necesitados.

En los últimos decenios se ha producido una brecha, lamentablemente siempre más ancha, entre la ética declarada y la práctica cotidiana.

El siguiente proyecto de investigación está orientado a determinar el nivel de conocimientos y las prácticas de los cuatro principios éticos (Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia) con los cuales Interno de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche, desarrolla su práctica médica.

II. PLANEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Enunciado

¿Cuáles son los conocimientos, y las prácticas sobre aplicación de principios éticos del Interno de Medicina Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche, AREQUIPA-2014?

1.2 Descripción del problema

A) Área del conocimiento

- a. Área general: Ciencias de la Salud
- b. Área específica: Medicina Humana
- c. Especialidad: Bioética
- d. Línea: Principios Éticos

B) Análisis y Operacionalización de Variables e Indicadores

- Variable independiente: Conocimientos sobre principios éticos.
- Variable dependiente: practicas sobre aplicación de principios éticos.

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
Conocimientos sobre los principios de la Bioética	<p>Evaluación sobre conocimientos</p> <p>Referidos a los principios éticos con ficha de recolección de datos.</p> <p>-Bioética: 2 Preguntas</p> <p>-Beneficencia: 2 Preguntas</p> <p>-No Maleficencia: 2 Preguntas.</p> <p>-Autonomía: 3 Preguntas</p> <p>-Justicia: 1 pregunta</p>	<p>Adecuado (8-10)</p> <p>Regular (5-7)</p> <p>Inadecuado (0-4)</p>	Cualitativo
Prácticas de los principios de la Bioética	<p>Evaluación sobre la práctica de los principios de la ética con ficha de recolección de datos</p> <p>-Beneficencia: 2 Preguntas</p> <p>-No Maleficencia: 4 Preguntas.</p> <p>-Autonomía: 3 Preguntas</p> <p>-Justicia: 1 pregunta</p>	<p>Adecuado (8-10)</p> <p>Regular (5-7)</p> <p>Inadecuado (0-4)</p>	Cualitativo

C) Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos que posee el interno de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche, acerca de los cuatro principios de la ética médica?

- ¿Cuál es el nivel de prácticas que posee el interno de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche, acerca de los cuatro principios de la ética médica?

D) Tipo de investigación

- Según la clasificación de Polit y Huggler
 - No experimental: Porque no vamos a manipular a la población.
- Según la dirección temporal:
 - Prospectivo: Porque los datos serán tomados en el mismo momento de la realización del cuestionario sobre conocimientos y actitudes de bioética
- Según el tiempo en el que se toman los datos:
 - Transversal: Porque la toma de datos será en una sola oportunidad.

E) Nivel de Investigación

- Relacional: Porque busca relacionar el nivel de conocimientos y practicas sobre aplicación de los principios éticos

1.3 Justificación del problema

- Originalidad

El siguiente trabajo de investigación posee originalidad ya que los conocimientos acerca de los principios de la ética médica y las practicas sobre su aplicación por parte de los Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche, no han sido estudiados con anterioridad.

- Relevancia

Los resultados que se obtengan de este estudio brindaran conocimiento acerca de las características éticas de los internos de medicina al desarrollar el internado y determinar el nivel de aplicación práctica, y así; poder intervenir tempranamente en las futuras generaciones para que la practica medica de los nuevos Médicos, no tenga deficiencias en el ámbito de lo ético.

- Viabilidad

Este trabajo de investigación es viable, ya que se cuenta con todos los recursos necesarios para el planeamiento, la recolección de datos, el ordenamiento e interpretación de datos y obtención de resultados.

Se cuenta con infraestructura, materiales, bibliografía, tiempo, sujetos de estudio y asesoría necesaria.

2. MARCO TEORICO

2.1 ORIGEN DE LAS TEORIAS ETICAS

La antigüedad: Aristóteles y la moral teleológica del bien. La moral en armonía con la filosofía, busca los medios necesarios para la consecución de un fin, que es la felicidad humana. Su Ética a Nicómaco recomienda mantenerse en el “justo medio” entre dos extremos. Las tres virtudes mayores son la prudencia (entre la temeridad y la cobardía), la templanza (entre la intemperancia y la insensibilidad) y la justicia (entre el egoísmo y el olvido de uno mismo). Esta ética se fundamenta en una finalidad normativa exterior al hombre. El bien nos conduce a la felicidad y ésta nuevamente al bien. La norma moral es exterior al hombre: heteronomía. El hombre como parte de la naturaleza.- El mundo griego es la cuna de la medicina y filosofía.

Para el mundo griego y latino, el hombre es parte de la Naturaleza (del Universo). Surge la concepción heteronómica del hombre. “Conócete a ti mismo” (Sócrates)

Aristóteles (384-322 a. C.). Las obras principales de Aristóteles sobre ética son: Ética a Eudeme, Ética a Nicómaco y la Magna Moral, una recopilación de filosofía moral escrita posteriormente por sus discípulos. Consideró a la ética como una rama de la ciencia política o social, es decir, una ciencia práctica basada en el sentido común necesario para alcanzar la felicidad bajo ciertos hábitos o modos constantes de obrar que son las virtudes.

Para él, como para su maestro Platón, la comunidad social o política es el medio necesario de la moral. El hombre no puede realizar una vida moral como no sea miembro de la polis.

Epicuro (347-270 a. C.) Después de Aristóteles, la vida política de Grecia sufre un profundo cambio; la antigua democracia da paso a los grandes imperios romano y helenístico. La ética de Epicuro es subsidiaria de la física. Discípulo de Demócrito (padre del atomismo). Todos sus conocimientos parten de la sensación, y los de carácter ético surgirán de las sensaciones concretas del placer y del dolor (hedonismo, eudemonismo y ataraxia)².

El cristianismo: El pensamiento cristiano toma relevo a la filosofía griega (siglo IV) y se inscribe en el mismo cuadro de pensamiento heteronómico, con la diferencia fundamental de que el exterior al hombre ya no será la Naturaleza, sino Dios, y que el hombre “creado a imagen de Dios” es una persona. Se introduce en Occidente, la idea de hombre, en el sentido contemporáneo de un sujeto único, singular, libre y consciente. El dogma de la Encarnación y de la Trinidad. El cristianismo es una religión y no una filosofía que establece una visión fundamentalmente heteronómica del hombre y de una moral deontológica (lo que debe ser) definida por principios cerrados, absolutos, universales e intemporales.

San Agustín (354-430). Concibe una iluminación según la cual las ideas y razones eternas se irradian desde Dios sobre el espíritu del hombre. No basta sin embargo, conocer, sino que es preciso querer el orden divino para subordinar a él todos nuestros actos. Su ética, y en general toda la filosofía agustiniana, es eminentemente práctica dado que busca los medios para lograr un fin: la salvación.

Santo Tomás de Aquino (1224-1274). Concibe la moral a partir de una visión del ser humano que tiene en cuenta tanto su naturaleza como su fin.

La naturaleza humana consiste en su particular esencia racional; dado que «la bondad de cada ser consiste en que se comporte conforme a su naturaleza», el obrar moral del hombre será aquel que responda a la recta razón. En ella se hallan, instaurados por Dios como una participación en su ser y verdad, los principios morales como axiomas indeducibles e indemostrables. Si el entendimiento es la más alta facultad humana, la felicidad, su bien último, no puede consistir para Santo Tomás, sino en la perfecta visión de Dios, en su contemplación para alcanzar todas las aspiraciones humanas. «El hombre difiere de las criaturas irracionales, por el dominio de sus actos, que los faculta la razón y la voluntad. Por eso el libre albedrío se llama facultad de la voluntad y de la razón». En consecuencia, sólo se podrán considerar como acciones propiamente humanas las que proceden de una voluntad deliberada.

Renacimiento y humanismo.- Galileo: del mundo cerrado al universo infinito.

Los grandes descubrimientos y la exaltación de la razón llevan a una nueva concepción del hombre. Descartes y el “desencantamiento del mundo”. El heliocentrismo y la mecánica inauguran una nueva concepción del mundo y del hombre. El debate filosófico de “lo que es” y “lo que debe ser”. La razón humana, “el qué debo yo hacer?”. El hombre es el fundador de sí mismo y de sus normas.

Baruch Spinoza (1632-1677). Rechaza la ética tradicional y propone que esta, es el conocimiento adecuado – racional – de la naturaleza.

Conocimiento que es descripción, y no valoración, puesto que la naturaleza es ya perfecta y no tiene ninguna causa final a la que deba tender y realizar. A la ética, entendida como el conocimiento racional de lo útil para preservar el ser, Spinoza añade finalmente otra concepción de la ética basada en el conocimiento intuitivo, consistente, éste, en el amor intelectual a Dios. Dicho conocimiento, o amor, es la felicidad misma y, por tanto, de él deriva el poder sobre los afectos (deseo, alegría y tristeza), la potencia que hace ser. «El conocimiento del bien y el mal no es otra cosa que el afecto de la alegría o el de la tristeza, en cuanto que somos conscientes de él».

Immanuel Kant (1724-1804). La norma moral es planteada por el hombre: El concepto de Autonomía. La producción de leyes y la concepción autónoma del hombre. I. Kant, funda una moral de la autonomía de la voluntad, según la cual el solo referente es la universalización de la ley propuesta por la razón. La autonomía de la voluntad se fundamenta en la idea reguladora, postulada pero no demostrable, de la libertad de los

hombres. El hombre escapa a las leyes de la naturaleza y a las leyes divinas, él es un ser libre que substituye su propia legislación a toda causalidad. Su autonomía le confiere una dignidad absoluta. El hombre es un ser libre y autónomo. Los hombres son autores de sus propias leyes las cuales obedecerán. Kant afirma que la razón humana es perfectamente capaz de conocer y dictarse libremente a sí misma sus propias leyes morales, y que la ley moral está dentro de nosotros: “puedo decir que soy yo quien me la impongo, que soy la fuente de mis propias obligaciones y deberes morales”. Estas leyes morales que el ser humano se da a sí mismo emana de lo que Kant llama el imperativo categórico. Este es un mandato moral sin condiciones, que no obedece a ningún sentimiento, motivo o deseo personal, sino sólo “a la voluntad de hacer en todo momento lo que se debe hacer”. En fin, la ética autónoma, está basada no en la autoridad, ni en la coerción o en la obediencia, sino en nuestra propia razón. Por ejemplo, las decisiones correctas en el acto médico.

Con Kant la ética adquiere por primera vez entidad propia, pues deja de fundamentarse en algo externo a ella (heteronomía), y retoma la conciencia moral misma (la autonomía). Haciendo uso de una expresión humana, anunció con orgullo su propia “revolución copernicana” en filosofía. Antes del idealismo alemán, la humanidad había vivido en la convicción de que el conocimiento ha de adecuarse a la naturaleza del objeto³. Al igual que Copérnico había demostrado que la Tierra giraba alrededor del sol y no a la inversa, Kant había probado que el objeto del conocimiento ha de adecuarse a las facultades cognoscitivas del sujeto y no viceversa. La TEORÍA MORAL de Kant se condensa en una proposición: la ética se fundamenta en la razón, es decir, nuestras obligaciones éticas emanan de la razón misma y son determinadas por ella. Fundar la ética en la religión podía parecerle arriesgado, aunque apoyarse en la ciencia resultaría aún más arriesgado. Para Kant, el valor moral de la acción no reside en el afecto que de ella se espera, lo que éticamente importa no es el contenido, sino la forma de la acción; no lo que hacemos, sino cómo lo hacemos. El formalismo ético kantiano hace depender el valor moral de las acciones, no de algún contenido concreto (placer, bien, Dios), sino del respeto a la ley, o del deber por el deber. Kant sintetiza su idea clave, en virtud de la cual la razón es el fundamento de la ética, en su famoso Imperativo Categórico.

Un imperativo es simplemente un mandato: realiza o cumple esto. Un imperativo hipotético afirma que deberías hacer esto si quieres aquello. Un imperativo categórico se limita a decir: hazlo sin más. Para Kant, solamente el imperativo categórico, captura el atributo clave de la moralidad, por su carácter incondicionado. Ser moral consiste en cumplir con el propio deber y el deber no admite condiciones ni premisas. El imperativo categórico, es la base fundamental de la maquinaria kantiana de la cual surge la LEY MORAL a partir de la razón. Este imperativo concluye así: «obra sólo según la máxima que pueda hacerse a si misma y al propio tiempo ley universal». Sólo la razón guía tus acciones. Cuando desees hacer algo, considera la máxima que acompaña tu acto y pregúntate ¿puedo convertir esta máxima en ley universal? Si la máxima no puede transformarse en ley universal sin contradicción, tu acto es irracional y, por consiguiente, éticamente reprochable.

El nuevo humanismo. J. J. Rousseau: autonomía política y libertad.

Maquiavelo y Bodin.- La política no es ni natural, ni algo divino. Hegel, Marx, Nietzsche, Freud, Heidegger, Levi-Strauss y otros.

John Stuart Mill (1806-1873). Sus dos obras principales, *El Utilitarismo* (1863) y *Sobre las libertades* (1859), lo sitúan en una corriente de pensamiento moral y político conocido como UTILITARISMO. Este tiene como principio el alcanzar la mayor felicidad (placer) para el mayor número posible de personas. Su contribución filosófica aporta a la transformación del utilitarismo individual de Bentham, en utilitarismo social y a la clasificación cualitativa de los placeres. Para J. S. Mill, “la felicidad es el único fin de los actos humanos y su promoción es la única prueba por la cual se juzga la conducta humana; de donde se sigue necesariamente que éste debe ser el criterio de la moral, puesto que la parte está incluida en el todo”.

Karl Marx (1818-1883). El marxismo como doctrina ética aporta una explicación y una crítica de las morales del pasado y en especial de la moral capitalista actual, frente a las cuales propone una nueva moral, esencialmente revolucionaria para liberar al hombre de la alienación política, religiosa e ideológica a la que se halla sometido. Su propuesta apunta a desenmascarar la moral burguesa y desalienar a los hombres oprimidos, haciéndolos cobrar conciencia de su esencial igualdad y de su posibilidad de crear un mundo terrenal justo y feliz, socialmente organizado en un régimen comunista. Según Marx, la revolución comunista es la ruptura más radical con las

relaciones de producción tradicionales; no puede sorprender entonces que en su curso evolutivo se rompa de la manera más radical con las ideas tradicionales.

Friedrich Nietzsche (1844-1900). Identificó un vacío moral al expresar su frase célebre ¡Dios ha muerto! ¡Y somos nosotros quienes le hemos dado muerte! Ningún valor moral puede fundarse en él ni en la naturaleza, carente por si misma de sentido ético. Es necesario entonces una gran transmutación de valores. Es preciso rebelarse contra la servidumbre, la pasividad, la resignación, la indiferencia, la mezquindad, la cobardía, la docilidad con que el cristianismo ha conformado al hombre. F. Nietzsche, postula la moral de los fuertes, y defiende, ante la humanidad domesticada, la creación del Superhombre. En su propuesta señala

“suprimamos el mundo verdadero; para hacer esto, tenemos que suprimir los valores superiores que tiene en curso hasta aquí la moral. Basta demostrar que la moral ella también es inmoral, en el sentido en que la inmoralidad ha sido condenada hasta aquí. Cuando hayamos roto de esta manera la tiranía de los valores que han tenido curso hasta aquí, cuando hayamos suprimido el mundo – verdad, un nuevo orden de valores aparecerá naturalmente. El mundo – apariencia y el mundo – mentira: he ahí la contradicción. Este último fue llamado hasta ahora mundo – verdad, «Dios». Este es el que hemos suprimido”.

Lucien Lévy – Bruhl (1857-1939). La moral y la ciencia de las costumbres, constituye un libro en el sentido de que rompe absolutamente con la concepción tradicional de la moral, reducida ahora a una “ciencia inductiva de las costumbres”, a una sociología. La moral sociológica de Lévy – Bruhl no se deduce de un principio racional, sino que halla sus normas analizando cada sociedad concreta. No existe una única moral, universal inmutable, sino que la moral es un fenómeno social y, como tal, múltiple, relativo y variable.

2.2 EL ORIGEN DE LA BIOÉTICA

La Bioética es un neologismo acuñado por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter (1911-2002), el mismo que dedicó toda su vida a la investigación del cáncer y al cultivo del humanismo, mediante la exaltación de los valores éticos. El término Bioética, de origen griego, alude a dos magnitudes de notable significación

bios = vida y ethos = ética. Su significado etimológico sería entonces ética de la vida. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE), la Bioética se define como “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivientes”.

En 1971 Potter publicó un libro llamado “Bioética: un puente hacia el futuro” en el cual desarrolla la tesis de que – existen dos culturas que parece que no son capaces de comunicarse, la científica y la humanística

Si aceptamos que esta incomunicación es una de las razones que gravitan sobre el futuro de la humanidad; posiblemente estableciendo un puente entre esas dos culturas, construiríamos un puente hacia el futuro.

En otra parte afirma el autor, que – “En todo miembro de la especie humana hay, como resultado del proceso evolutivo que busca la adaptación perfecta al medio, un instinto por obtener ventajas a corto plazo, dándole preferencia en relación con las necesidades de la especie humana a largo plazo” – El objetivo de la ética global es el de preparar personas capaces de percibir la necesidad de futuro y de cambiar la orientación actual de nuestra cultura, además que puedan influir en los gobiernos, en el ámbito local y global, a fin de conseguir el control responsable de la fertilidad humana, la protección de la dignidad humana y la preservación y restauración del medio ambiente. Estos son los requisitos mínimos para poder hablar de supervivencia aceptable, contrapuesta a supervivencia miserable.

Esta visión holística, Potter, la desarrolla posteriormente en su siguiente obra “Bioética, ciencia de la supervivencia”; en la cual proclama que la – ética implica acción de acuerdo a estándares morales – Los valores éticos no pueden separarse de los hechos biológicos, tenemos una gran necesidad de una ética de la tierra, de la vida salvaje, de la población, de una ética del consumo, una ética urbana, internacional, geriátrica, etc.

Todos estos problemas involucran la Bioética y la supervivencia del ecosistema.

La humanidad según Potter tiene la necesidad de una nueva solidaridad que provee el “conocimiento de cómo usar el conocimiento, el mismo que podría ser llamado – la ciencia de la supervivencia”–. Opina que esta ciencia debe ser construida sobre la biología, ampliada más allá de sus fronteras tradicionales para incluir los elementos

más esenciales de las ciencias sociales y humanidades, con énfasis en la filosofía que significa – amor a la sabiduría –, y proclama que una ciencia de la supervivencia debe ser más que una ciencia sola, por lo cual propone el término BIOÉTICA para armonizar los dos componentes más importantes: conocimiento biológico y valores humanos.

En 1988, el profesor Potter reiteró sus ideas iniciales creando una Bioética Global. El entendía el término “global” como una propuesta abaricante que englobase todos los aspectos relativos al vivir, esto es, la salud y la cuestión ecológica. El profesor T. Engelhart, defendió la propuesta de que la Bioética es básicamente pluralista. Esta tesis también tuvo diferentes interpretaciones. Algunos autores, como los profesores Alastari V. Campbel y Solly Benatar, entendieron el término global no en el sentido abaricante desde un punto de vista interdisciplinario, sino como una visión uniforme y homogénea en términos mundiales encuadrada al proceso de globalización. Es decir, el establecimiento de un único paradigma filosófico para el enfoque de las cuestiones morales en el área de la salud, constituyendo así, una forma nueva de imperialismo.

Con el objetivo de rescatar su reflexión original, el profesor Potter propuso en 1998 una nueva definición de Bioética Profunda. Esta denominación fue utilizada por primera vez por el profesor Peter Waithouse, aplicando a la bioética el concepto de ecología profunda del filósofo noruego Arne Naess.

Esta propuesta abaricante y humanizadora de la Bioética ya había sido defendida por otros autores, como el profesor André Compté-Sponville. En el año 2001, el Programa Regional de Bioética de la OPS, definió el concepto amplio incluyendo la vida, la salud y el ambiente como área de reflexión.

Lo fundamental es anotar que para Potter la Bioética debe mantener sus características fundamentales: abaricante, pluralista, interdisciplinaria, de apertura ideológica e incorporación crítica de nuevos conocimientos.

Warren Reich (1978), propone la siguiente definición de BIOÉTICA: “Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias biológicas y la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales” Conceptualizada así la BIOÉTICA, es preciso diferenciarla de otros términos que se utilizan en el lenguaje académico y popular diariamente, y que encontrándose emparentados, guardan diferencias importantes.

Describamos las principales:

Moral: Esta palabra proviene del latín “mos” o “mores” que significa costumbre, carácter, vale decir las conductas predominantes en una región o población del planeta en un tiempo determinado, para ser justos y felices. Estas no se manifiestan sólo en las convicciones y conductas personales, sino en la textura normativa de las instituciones públicas (propiedad, familia, etc.) como también en el ordenamiento social, económico, político, cultural y religioso, en forma vivida y no sólo pensada.

Ética: Esta palabra proviene del griego “ethos = carácter” y se remonta a Aristóteles en tanto disciplina filosófica que busca metódicamente a través de la reflexión, la justificación de validez universal sobre la acción buena y justa. La ética es una parte de la filosofía que reflexiona sobre la moral, y por eso también recibe el nombre de « filosofía moral ». La ética es un saber filosófico, mientras que la moral forma parte de la vida cotidiana de las sociedades, sin embargo las dos significan prácticamente lo mismo.

José Luis López Aranguren, ha llamado a la moral «moral vivida», y a la ética, «moral pensada».

Deontología: Proviene de deontos = lo que debe ser, y corresponde a una rama de las ciencias filosófico-morales que se ocupan de los deberes resultantes de las tareas específicas de las diferentes profesiones en una sociedad con división del trabajo. Esta se expresa en los códigos de ética de las diferentes profesiones, con un carácter obligatorio para sus agremiados. (Por ejemplo: Códigos de Ética de los Médicos, Enfermeras, Odontólogos, Periodistas, Abogados, etc.)

Como se puede observar, la Bioética tiene grandes diferencias con estos conceptos, a pesar de estar íntimamente relacionada con ellos.

Existe discusión respecto a la paternidad del término BIOÉTICA. Reich, W.T., (autor de la enciclopedia de Bioética) llega a la conclusión de que Potter fue el primero en utilizar el neologismo; pero que Andrés Helleger, obstetra holandés que trabajaba en la Universidad de Georgetown, bautiza así al Instituto “Joseph and Rose Kennedy” para estudios de la reproducción humana y Bioética. De esta manera se admite un doble lugar de nacimiento de esta nueva disciplina: en Madison Wisconsin con Potter, y en Georgetown con Helleger.

Posteriormente, la Bioética se encamina y desarrolla a través de las orientaciones de Hellegger, quien ha entendido su misión como una persona puente entre la medicina, la filosofía y la ética, de esta forma viene progresando como un estudio revitalizado de la ética médica a despecho de la visión totalizadora de Potter.

Especialmente en EEUU esta nueva transdisciplina se orienta más a la praxis que a la especulación filosófica como sucede con las bioeticistas de la Europa continental. Así James Drane afirma que “la bioética salvó la ética” en ese país, alentando a los teóricos a descender del mundo de los principios y sus características formales, al terreno concreto de los problemas cotidianos que afectaban a los individuos y a toda la sociedad.

Otro investigador, Toulmin, escribió un ensayo titulado “Como la medicina salvó la vida de la ética”, en el que pone de relieve el impacto que tuvieron los adelantos vertiginosos de la ciencia y tecnología médica, los mismos que crearon dilemas morales desconocidos hasta ese entonces.

Hechos y Valores

HECHOS.- Son realidades concretas que son o pueden ser percibidas por los órganos de los sentidos (percepción). Por ejemplo, en medicina se percibe por la vista (inspección), por el oído (auscultación), por el tacto (palpación).

VALORES.- Ortega y Gasset los definió como “una sutil casta de objetividades que se estiman”. Este concepto de estimación implica una elección cualitativa por parte del individuo que percibe un hecho; en el ejemplo citado puede ser la actitud del médico frente al paciente que presenta los signos (hechos) que se han percibido.

AXIOLOGIA.- Escala de valores, la misma que puede aplicarse a las personas y a las sociedades; dentro de esta escala se deben considerar los valores ideales o esenciales como la libertad, justicia, solidaridad, tolerancia, amor al prójimo y los valores particulares propios de la estimación personal.

La Bioética es un puente que une los hechos biológicos, científicos y tecnológicos con los valores espirituales propios del ser humano; de esta manera se vuelve insostenible el postulado de la “neutralidad de la ciencia”.

2.3 HITOS HISTÓRICOS

El P. Alfonso Llano (ilustre bioeticista colombiano) destaca algunos hechos negativos y positivos que contribuyen al advenimiento de la Bioética; voy a transcribir algunos de ellos:

Negativos o ambivalentes:

- Se vienen tecnificando los momentos cruciales de la vida; concepción y muerte
- Los servicios de salud se transforman cada vez más científicos, técnicos y deshumanizantes, con deterioro de la relación médico paciente y del consentimiento informado

Antecedentes remotos: prolongación de la vida y la muerte:

- La Higiene: alcantarillado, aseo
- Las vacunas y drogas que ayudaron a controlar las enfermedades contagiosas.
- En el siglo XX se duplicó y triplicó la duración de la vida.

Se produjeron avances en la tecnociencia aplicada a la salud tales como unidades de urgencia, imágenes diagnósticas, casas farmacéuticas, procreación asistida, transplantes de órganos.

Tecnificación de los cuidados de la muerte:

- Cuidados intensivos, eutanasia, suicidio asistido, derecho a muerte digna.
- El hábitat se ha deteriorado en la ciudad y en el campo.
- La vida ha sido torturada, asesinada, eugenesia
- Guerras, guerrillas, hambre, campos de concentración
- Torturas, investigación en humanos

Se producen resultados novedosos ambivalentes:

- Desarrollo precoz de la niñez
- Aumento de la tercera edad con nuevos problemas
- Las relaciones internacionales se globalizan;
- Aparece la violencia institucionalizada.
- Una mejor responsabilidad frente al medio ambiente.

Otros hechos que hicieron necesaria la Bioética son los siguientes:

- La impreparación de profesionales, legisladores, gobernantes para resolver los problemas planteados a la sociedad y a las personas por la Biotecnología y tecnociencia

-La economía mundial, desaparecido el marxismo, necesita superar el capitalismo, el desarrollismo materialista, la sociedad de consumo para tender a modelos más humanos y justos.

-Es necesario una educación que supere el materialismo y al positivismo dominantes.

-El Club de Roma en 1972, publica su informe “Los límites del crecimiento en el que llama la atención sobre un posible cataclismo que sucedería a mediados del presente siglo por el agotamiento de los recursos básicos para la subsistencia de la humanidad.

-En Norteamérica, donde esta disciplina ha adquirido gran desarrollo,

Albert Jonsen, anota los siguientes datos:

-El Comité de SEATTLE creado para establecer los criterios de selección de los potenciales beneficiarios de los aparatos de hemodiálisis, recientemente inventado. Para integrar este comité se escogieron un grupo de personas de probada solvencia moral, en su mayoría no médicos, para que estudien la documentación de los potenciales beneficiarios que superaban en mucho al número de equipo. Para ésta decisión se tomó en cuenta de que la justicia en la selección la podían hacer personas profanas de una forma más libre y menos condicionada que los médicos, que estaban más vinculados a los pacientes. Así “una prerrogativa que había sido hasta entonces exclusiva del médico fue delegada a representantes de la comunidad”.

-El trabajo publicado por BEECHER (1966) en el NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, que recogía 22 artículos publicados en revistas científicas y que eran objetables desde el punto de vista ético. Estos experimentos tenían el precedente de los realizados por los médicos nazis en los campos de concentración alemanes. En este caso la justificación” era que los progresos de la medicina exigen eficacia y originalidad, para esto se utilizaron personas pertenecientes a grupos vulnerables. Uno de los más criticados fue la inoculación del virus de la hepatitis a niños con deficiencia mental en un centro de WILLOW BROOK.

-El experimento de TUSKEGEE (Alabama) Este se realizó durante 40 años (1932 – 1972) y consistió en estudiar el curso natural de la sífilis en afroamericanos; hay que tomar en cuenta que hacia 1945 se comercializó la penicilina, que entre sus múltiples aplicaciones, era efectiva contra el T. pallidum.

-Estos hechos determinaron la creación de la Comisión Nacional para estudiar las investigaciones en seres humanos, especialmente en grupos vulnerables. El trabajo de esta comisión se plasmó en el informe

BELMONT, que tuvo gran importancia en el desarrollo de la Bioética.

-El 3 de diciembre de 1977, el Dr. Cristian Barnard realizó el primer trasplante de corazón, el mismo que tuvo gran impacto en la clase médica y en la opinión pública mundial, ya que destruyó un mito que había mantenido la humanidad durante milenios, al fincar en el paro

cardio - respiratorio el diagnóstico de muerte clínica; desde este hito histórico se trasladó el criterio de muerte al cerebro y en su totalidad al tronco encefálico. Además se suscitaban interrogantes respecto del consentimiento del donante.

-El caso Karen Quinlan (1975) quién quedó en estado de coma irreversible luego de la ingestión de alcohol, barbitúricos y benzodiacepinas y se le mantenía con signos vitales vegetativos mediante aparatos; los padres adoptivos (católicos practicantes) pidieron a la Dirección del Hospital la desconexión del respirador y en vista de la negativa, recurrieron al Tribunal Supremo del Estado de New Jersey, el mismo que dictaminó el “derecho a morir en paz y con dignidad”. De aquí surgieron las directrices anticipadas y las “órdenes de no resucitar”.

-El caso BABY DOE (1981): Se denominó así a varios casos similares de neonatos con síndrome de Down y malformaciones congénitas; en el caso paradigmático, que estremeció a la opinión, se trataba de un niño afecto de síndrome de Down y con atresia esofágica, que no fue operado por negativa de los padres. Surgió así el dilema de si la “patria potestad” incluye la posibilidad de decidir sobre la vida de los recién nacidos.

-La Carta de los Derechos de los Enfermos de los hospitales privados de Norteamérica (1972), consagra los cuatro derechos fundamentales de los pacientes: a la vida, a la asistencia sanitaria, a la información y a una muerte digna. Con este documento se da un vuelco de 180 grados a la relación médico paciente, que durante 25 siglos (desde Hipócrates) había sido dominante en el ejercicio de la medicina. Tradicionalmente se había considerado al enfermo como “infirmus” una especie de minusválido no sólo físico sino moral, que era incapaz de tomar decisiones respecto de su salud y vida, y el médico (descendiente de Apolo, Esculapio y Quirón, era una especie de Semidiós, cuyos conocimientos y experiencia utilizaba a favor del enfermo

(beneficencia), en una relación de tipo vertical y paternalista, en la cual predominaba la imagen del padre benefactor, sobre el hijo menor de edad e incapaz de decidir.

La Bioética proclama una relación médico - paciente de tipo horizontal y amistosa, mediante la humanización de la medicina y además hace del consentimiento informado un pilar básico del edificio de la salud. Sin embargo hay que reconocer que en nuestro medio continúa vigente el modelo antiguo tanto por parte del médico como del paciente, que se ha acostumbrado a delegar en el profesional, la responsabilidad que le corresponde como enfermo.

2.4 CARACTERÍSTICAS DE LA BIOÉTICA

Tradicionalmente La profesión médica, como las otras profesiones, ha regido su praxis ciñéndose a lo prescrito por los códigos deontológico (obligaciones = lo que debe ser); pero en la actualidad las ciencias de la vida han recibido el impacto de los progresos vertiginosos de la ciencia y la tecnología en los confines de la vida, de las técnicas de reproducción asistida y la ingeniería genética, para no citar más que algunos y del daño que hace el hombre al ecosistema, todo lo cual ha planteado problemas éticos inimaginables para los profesionales de hace medio siglo; por esta razón y porque el mundo actual es esencialmente pluralista, se ha impuesto la Bioética que ofrece métodos de resolución a través del análisis multidisciplinario. Para ello se proponen los siguientes requisitos básicos:

1.- SECULAR O CIVIL.- Desde tiempos inmemoriales la ética ha tenido un carácter religioso (moral derivada de la religión), en la actualidad se presenta un fenómeno de laicización de las sociedades, especialmente occidentales, en las cuales conviven personas que profesan distintos credos religiosos, con agnósticos y ateos, los mismos que tienen derecho de libertad de conciencia o sea el respeto a las creencias morales de todos.

De aquí que T. Engelhardt haya postulado los términos de “amigos morales” y “extraños morales” de acuerdo a la afinidad del individuo por determinado sistema moral.

Sin embargo esto no implica que no sea posible un acuerdo sobre mínimos aceptables y exigibles a todos, el mismo que debe ser establecido por el Estado y que constituye el núcleo de la “ética civil o secular”.

2.- PLURALISTA.- Acepta la diversidad de enfoque y posiciones morales de las personas, pero las orienta a un bien superior que es el beneficio de toda la humanidad. Aquí cabe citar el postulado de la Ética Kantiana: “Obra de tal manera que tu conducta puede ser elevada a ley universal”.

3.- AUTONOMA.- Es decir que las normas éticas no deben ser impuestas desde fuera, sino que el criterio moral lo construye a través de la razón el propio individuo; esto es lo que se conoce como la “voz de la conciencia”

4.- RACIONAL.- Este concepto difiere de la escuela filosófica racionalista para lo cual la razón puede conocer toda la realidad “a priori” y de allí se puede establecer un sistema ético de precisión geométrica como proclamaba Baruch Spinoza.

El pensamiento actual se orienta a que la racionalidad tiene un momento “a priori” o principialista y otro “a posteriori” o consecuencialista y estos dos deben armonizarse en las decisiones éticas.

5.- INTERDISCIPLINARIA.- La Bioética va más allá de ética médica en el sentido de que requiere de que la participación de otros profesionales tales como filósofos, teólogos, abogados, escritores, miembros de la sociedad civil, etc. que aporten a la discusión y resolución de los problemas que se presentan desde su propio punto de vista; de esta manera se enriquece el debate y se llegan a soluciones de consenso. Esta característica es la base de los “Comités de Ética”.

6.- ENFOQUE PROSPECTIVO.- Ya se ha manifestado que los adelantos de la tecnociencia no se van a detener sino que continúan avanzando de una forma incontenible.

De aquí surge la pregunta: ¿se debe hacer éticamente lo que se puede hacer técnicamente con los medios de que se dispone en la actualidad? La respuesta es que la ciencia no es neutra desde el punto de vista moral y que debe enmarcar sus investigaciones dentro de una escala de valores (axiología) que es una característica propia de la Bioética.

En este momento la ética clásica normativa y prescriptiva ha perdido vigencia, al igual que las normas morales de las religiones reveladas que son inadecuadas para responder a los retos de la biotecnología.

Fundamentación de la ética actual.- Éticas de la heteronomía.- Éticas de la autonomía.

La teoría de la autonomía pluralista de H. Tristán Engelhardt: el hombre, o más

exactamente, la libertad del hombre y el respeto absoluto de esta libertad, lo fundamentan. El pluralismo es esencial a la democracia. La moral es negociación de conflictos entre iguales (respeto mutuo).

La Bioética como descubrimiento y el consenso como proceso. Victoria

Camps.- “La moral no puede ser heterónoma, sino autónoma. Que la moral es autónoma significa que sus principios no pueden fundamentarse en una religión o en una autoridad trascendente o terrenal. La ley moral está por encima de la ley positiva (el derecho), puesto que el derecho es también corregible y criticable. No hay otro origen de la ley moral que la misma razón humana, de ahí su autonomía. “El fin último de la actividad comunal es el descubrimiento de la verdad ética”. Mediante la deliberación se construye el presente y se prevé responsablemente el futuro. La Bioética es un proceso de descubrimiento y de autorregulación, centrado en la deliberación colectiva y no hay ni debe haber expertos para ello.

La posición, los métodos y los principios: La reflexión moral y filosófica de los bioeticistas muestran dos posturas para dilucidar el juzgamiento moral: una teleológica (télos, objetivo, finalidad, fin), donde la acción moral tiene por objetivo la realización del bien, juzgando los resultados del acto así como sus consecuencias posibles; y la otra deontológica (déontos, lo que debe ser, en oposición a ontos, lo que es), que considera la acción como moral cuando ésta se lo hace por deber y sin considerar las consecuencias previsibles. Ejemplos de conflictos a juzgar moralmente en medicina:

- Conflicto entre el bien de un individuo y el de la colectividad: SIDA
- Conflicto entre el bien de un individuo y el de otro: procreación médicamente asistida
- Conflicto del principio de justicia y el progreso de la ciencia: experimentación con embriones humanos
- Conflicto del progreso de la ciencia y del bien del individuo y/o de la colectividad: manipulaciones genéticas, experimentación no terapéutica
- Conflicto del principio de beneficencia y el principio del valor sacro de la vida: eutanasia, eugenismo negativo, embriones congelados
- Conflicto del principio de eficacia y el principio de beneficencia: medicina predictiva, tratamientos bajo condición
- Conflicto del principio de beneficencia y el principio de respeto a la autonomía de la persona: el secreto médico, HIV+

-Conflicto del bien de las generaciones presentes y el bien de las generaciones futuras: manipulaciones genéticas, políticas de salud pública, ecología

-El conflicto entre el principio de autonomía (paciente) y el ethos profesional (médico): la negativa de un testigo de Jehová a recibir una transfusión sanguínea.

¿Qué decisión tomaría usted frente al diagnóstico prenatal de una enfermedad grave e incurable? ¿La interrupción terapéutica del embarazo?

Si, sería el pronunciamiento bajo el razonamiento teleológico que busca maximizar el bien y/o minimizar el mal. No, sería el pronunciamiento bajo el razonamiento deontológico que se apoya en los principios como el valor que se encuentra ligado a la universalidad. El juzgamiento moral se remite nuevamente a nuestra conciencia moral.

2.5 PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Dos filósofos americanos Tom BEUCHAMP (utilitarista) y James CHILDRESS, (deontologista), fueron quienes en 1979, publicaron el libro “Principios de Ética Biomédica”, en el cual establecieron el sistema de los cuatro principios, alrededor de los cuales se puede ordenar todas las cuestiones de valor. Viene a resultar de esta forma que el lenguaje de los valores se puede simplificar en cuatro palabras, de manera similar a lo sucedido en Biología Molecular en la que toda la información genética se puede condensar en las letras A, G, T, y C, correlativas a los veinte aminoácidos que conforman las proteínas.

Estos principios se los conoce como “Prima facie” (a primera vista) y se los considera del mismo nivel, lo cual quiere decir que:

1. No son absolutos ni vinculantes en todas las ocasiones ni circunstancias
2. Pueden tener excepciones y por tanto pueden quedar en suspenso ya que son relativos
3. Pueden entrar y de hecho entran muchas veces en conflicto pudiendo ceder ante otro en una situación concreta.
4. Son procedimentales y se adaptan a la ética deontológica y a la consecuencialista.

Esto es lo que se conoce como el “MANTRA de GEORGETOWN” porque fue en esa Universidad donde se inició su aplicación.

2.5.1 JERARQUIZACION DE LOS PRINCIPIOS

Diego Gracia, eminente bioeticista español, postula que se debe distinguir dos niveles en los principios de la Bioética tan en boga en nuestro tiempo.

PRIMER NIVEL O ETICA de MINIMOS; en este se deben incorporar los principios de “No maleficencia” y “Justicia” El primero surge de la aplicación de la ley general de que todos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto en relación a la vida biológica y el de JUSTICIA concierne al de la vida social. Cuando se discrimina a los hombres socialmente, sin tratarlos con igual consideración y respeto, se comete una injusticia y cuando el daño se hace en el orden de la vida biológica, se vulnera el principio de “NO MALEFICIENCIA”. Ambos son expresión del principio general de que todos los hombres son iguales y merecedores de la misma consideración y respeto y la sociedad puede obligar a cumplirlos de una manera positiva consagrada en el derecho penal (no maleficencia) y en el derecho civil y político (justicia). Por lo tanto estos dos principios obligan con independencia la voluntad de las personas.

SEGUNDO NIVEL O ETICA DE MAXIMOS, aquí se deben ubicar los principios de autonomía y beneficencia; por autonomía se entiende la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción y pertenece al ámbito de la conducta personal, la misma que está supeditada al bien común. Lo mismo se puede decir del principio de beneficencia, que está orientado al bienestar de la persona en esta situación concreta y depende del propio sistema de valores y por eso es subjetivo a diferencia de los de nivel 1 que son objetivos y obligatorios y por ende pertenecen a la “ética del deber”, en tanto que los de nivel 2 pertenecen a la “ética de la virtud” o de la felicidad.

Ejemplo: no se puede obligar a nadie a trabajar en lugares o situaciones que pongan en peligro su salud y su vida, como hospitales de enfermos infectocontagiosos o sitios de conflicto bélico, pero el que lo hace por su propia voluntad, adquiere una dimensión moral superior y puede ser calificado de “buen samaritano”.

La tesis de la jerarquización evita los extremismos doctrinarios: los totalitarismos niegan el nivel 2 y todo lo convierten en obligaciones del nivel 1 lo cual lleva a la esclavitud y degradación de la persona humana y de la sociedad.

El extremo opuesto convierte a todos los principios al nivel 2, negando al nivel 1 y es preconizado por la utopía liberal a ultranza. Esta exageración conlleva consigo el peligro de disolución de la sociedad por falta de autoridad.

Hay que insistir en el carácter PROCEDIMENTAL de los principios “Prima facie” ya citado anteriormente, para tratar de resolver conflictos concretos.

Existen principios generales que deben orientar la actuación moral de los individuos en relación a problemas éticos particulares. De ahí que el razonamiento moral consta de dos tiempos: uno deontológico y a priori y otro consecuencialista, teleológico y a posteriori.

El primero sirve para establecer las “normas” y el segundo las “excepciones” a la norma.

Personalmente me adhiero al pensamiento del profesor Diego Gracia, ya que el mismo recoge las normas éticas que han venido rigiendo durante siglos el convivir de la civilización occidental y además por que establece una axiología que mejora notablemente el juicio moral.

PRINCIPIO DE AUTONOMIA.- Se lo ha definido como la autodeterminación, vale decir la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa. Se fundamenta en el libre albedrío que es una cualidad exclusiva de la especie humana, SARTRE manifestó alguna vez que el “hombre está condenado a ser libre” esta libertad que constituye la grandeza de la especie humana lleva aparejada consigo la responsabilidad total de lo que ha ejecutado, todo derecho está acompañado del respectivo deber.

El fundamento filosófico de este principio se encuentra en el pensamiento de Immanuel Kant y se condensa en las siguientes frases:

“El hombre es un fin de sí mismo y no debe ser tratado solo como un medio”

“Las cosas tienen precio, el ser humano tiene dignidad”, esta dignidad propia de la especie humana es la base ontológica del principio de autonomía.

Ahora bien, el hecho de ser un fin en sí mismo implica que en el “reino de los fines”, que también postula este filosofo la moralidad descansa en la relación de las persona, lo que equivale a decir que el derecho propio termina en donde comienza el de los demás.

Este concepto de autonomía se ha incorporado a la ética contemporánea a través de múltiples declaraciones, tal como la “Carta de los derechos de los enfermos de USA”; en este país se ha enfatizado en grado superlativo, la decisión del paciente sobre la acciones que se han de ejecutar relativas a su salud y su vida y tiene primacía sobre el principio de beneficencia que durante milenios ha prevalecido en la relación médico paciente.

En una sociedad pluralista como la americana el respeto a las decisiones personales que no sean perjudiciales a otros es de capital importancia y proviene del mutuo consentimiento de los involucrados; de ahí que Tristan Engelhardt emita esta fórmula: “no hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos y haz por ellos lo que te has puesto de acuerdo, mutuamente en hacer”.

El principio de autonomía es el fundamento del consentimiento informado que tiene gran importancia en la praxis médica actual. El médico tiene la obligación de informar al paciente de una forma adecuada e inteligible de los potenciales riesgos y beneficios de los tratamientos que va a efectuar y de los exámenes auxiliares de diagnóstico que va a utilizar. Por otra parte los investigadores deben proporcionar toda la información respecto del experimento o trabajo que van a realizar, indicando al presunto participante los efectos secundarios que puede sufrir; además el participante de la investigación tiene el derecho de retirarse de la misma, cuando lo considere conveniente.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA. - este principio consta en el Juramento

Hipocrático expresamente en el enunciado “estableceré el régimen de los enfermos de manera que le sea más provechoso” y “en cualquier cosa que entre, no llevaré otro objeto que el bien de los enfermos, según mi recto saber del daño le preservaré”.

La Declaración de Ginebra actualiza y condensa este principio de la práctica médica en el texto que dice: “la salud de mi paciente será mi primera preocupación”.

La medicina ha sido catalogada desde tiempos remotos como una profesión que exige a los que la ejercen una elevada calidad moral. En la

Historia de los pueblos primitivos y aún en la actualidad en algunas tribus aborígenes tiene un carácter sacerdotal y el médico es considerado como un elegido de los dioses,

que a través de su sabiduría mitiga las dolencias y alivia el sufrimiento de la gente; de ahí del estatus privilegiado que las sociedades otorgan a estos profesionales.

Pero al mismo tiempo esta distinción conlleva la necesidad de un “ethos” (carácter) especial y una virtud que los orienta a ser benéficos “hacer el bien” y benevolentes (haciendo con buena voluntad) y les exige trabajar sin horario, sin aspiración a recompensas materiales y en ocasiones les enfrenta poner en riesgo la salud y hasta la vida. El médico tiene la obligación de atender al enfermo sin distinción de raza, religión, credo político o clase social. Esta actitud es el ideal de perfección al que puede aspirar el profesional de la medicina y que pocas veces se da en la sociedad deshumanizada que nos ha tocado vivir.

BEHUCHAMP Y CHILDRESS dicen que el principio de la beneficencia establece la obligación de que un individuo “X” haga bien a “Y”, si se dan las siguientes condiciones:

“Y” está amenazado de padecer una pérdida o daño importante. La acción de “X” es necesaria para evitar una pérdida o daño importante. Esta acción no implicará un daño significativo para “X”. Los beneficios que recibirá “Y” superarán los daños que puede sufrir “X”.

El principio de beneficencia ha sido el norte de la práctica médica, desde los tiempos hipocráticos y la crítica que se le ha hecho, especialmente en el siglo XX, es que ha dado origen al paternalismo que es beneficencia sin autonomía, basado en la creencia de que el médico es el depositario de la verdad en relación a la enfermedad y su tratamiento y el “buen paciente” es el que obedece ciegamente las órdenes sin preguntar ni opinar, esta actitud puede considerarse “paternalismo activo” y se dan casos “paternalismo pasivo” que consiste en no hacer lo que desea el enfermo “para protegerlo de sí mismo”; como ejemplo se puede decir; hacer caso omiso de las “directrices anticipadas” y órdenes de no resucitar.

El principio de beneficencia entra en conflicto muchas veces con el de autonomía, el ejemplo paradigmático que se cita siempre es el caso de administración de sangre a los Testigos de Jehová, donde el afán del médico por salvar una vida choca con las creencias del paciente en relación a su salud espiritual.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA.- este se remonta a la más antigua tradición médica y está contenido en el Juramento Hipocrático y ha pasado a la posteridad en su versión latina, “primum non nocere” que quiere decir; “en primer lugar no hacer daño”. Ya se expuso que Diego Gracia lo ubica en la “ética de mínimos”, por lo tanto puede ser exigida de una forma imperativa. En el Juramento Hipocrático se consagra este principio en el siguiente párrafo:

“No daré a nadie aunque me lo pida, ningún fármaco letal ni haré semejante sugerencia. Tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte”.

Del principio de no maleficencia se desprenden las obligaciones que tiene el médico de “no matar” “no causar dolor” “no incapacitar (físicamente o mentalmente)” y “no impedir placer”.

PRINCIPIO DE JUSTICIA.- Hace muchos siglos el jurista romano ULPIANO lo definió como; “dar a cada uno su derecho”, surge entonces la pregunta ¿cuál es el derecho de cada persona? Vivimos en una sociedad fundamentalmente injusta, en la que coexisten grandes fortunas pertenecientes a pocos propietarios, en tanto que millones de seres humanos perecen de hambre, miseria, epidemia, hacinamiento, desnutrición etc.

¿Cómo tratar de llevar a la práctica este principio específicamente en el campo médico en el que se lo ha definido como: “casos iguales requieren tratamientos iguales”?

Habremos de admitir que la práctica médica en todas las partes del mundo es esencialmente inequitativa; mientras los poderosos pueden pagar métodos sofisticados propios de una tecnología de punta, la mayoría de los habitantes del planeta no tienen acceso ni siquiera a la atención primaria de salud.

Se gastan millones de dólares en investigación de técnicas de reproducción asistida, y trasplante de órganos, cirugías de gran complejidad, cirugías estéticas y tratamientos cosmetológicos, para satisfacer las necesidades de un “mercado de salud” cada vez más lucrativo, mientras la gente sigue enfermando y muriendo de Tb, malaria, dengue, parasitosis y otras mil enfermedades de la pobreza. Las clínicas y hospitales pueden ser catalogados como los hoteles de lujo, con un número de estrellas, de acuerdo a los servicios suntuarios que presten, el número de equipos de última generación que han

importado (y que resultan obsoletos al poco tiempo de uso). La medicalización es el denominador común de una sociedad de consumo en la cual el ser humano se siente cada vez más solitario e indefenso.

El principio de justicia que no ha merecido una atención preferente en la ética médica tradicional, ahora debe ocupar un sitio prominente para los problemas que plantea la distribución de recursos sanitarios, siempre escasos en relación al número de pacientes siempre creciente de manera exponencial.

El problema se lo debe plantear en dos niveles: el micro distributivo se da cuando varios pacientes con un grado de necesidad similar compiten por el uso de un medio diagnóstico o terapéutico escaso, por ejemplo incubadoras o aparatos de diálisis y el personal de salud se ve abocado a decidir quién sobrevivirá.

El macro distributivo se refiere a la forma de asignar o distribuir los recursos asignados en el presupuesto estatal a la sociedad, esta responsabilidad corresponde a los administradores de servicios sanitarios que tiene que decidir la supervivencia de grandes grupos de “vidas estadísticas”, en este caso son muertes anónimas sin rostro de gentes que no se conocen; para eso se establecen políticas mediante los criterios de magnitud, vulnerabilidad y trascendencia.

Como ejemplos de dilema ético pueden plantearse la asignación de recursos para adquisición de antirretrovirales o para campañas de vacunación.

Volviendo al campo de la teoría, J. Rawls (filósofo norteamericano) plantea en su obra “La Justicia Como Equidad” la adopción de un modelo de “observador ideal” que se debe colocar “un velo de ignorancia” y debe ser:

- Omnisciente: conocer el mayor número posible de datos.
- Omnipercipiente: capaz de percibir los aspectos personales implicados.
- Desinteresado: que no actúa por móviles egoístas.
- Imparcial: que la empatía con los afectados no influye en su decisión.

Este concepto de justicia como equidad trata de compensar de alguna forma a los que menos tienen, ofreciendo servicios gratuitos del estado y por un sistema de seguridad social (ambos han colapsado en nuestro país).

Desde otro punto de vista, Peter Singer postula el “Principio de igualdad de intereses”, al respecto manifiesta que existen desigualdades éticas, de género, de talento; esta diversidad no impide reconocer que hay ciertos intereses inherentes al hecho de ser

persona moral, como el de desarrollar los propios talentos, acceder a la felicidad y evitar el dolor. Es sobre la base de respetar estos intereses o tendencias universales, que podría afirmarse que los seres humanos, si bien no son iguales poseen igual valor. Esta doctrina principialista o principista es la dominante en la actualidad y puede considerarse parte del proceso de globalización, ya que es una forma de estadounidense de trabajar en Bioética. El pragmatismo anglosajón se ha impuesto de una manera casi universal; como afirma

James Drane: “la comisión presidencial que elaboró el Informe Belmont, no ofreció justificaciones metaéticas o metafísicas de estos principios. Se limitaron a utilizarlos y a considerarlos como parte integrante del patrimonio cultural de occidente que están ahí y se utilizan”

Por esta razón han surgido voces contrarias a esta metodología; así Brody sostuvo que los 4 principios están a nivel intermedio y necesitan justificación racional y una fundamentación firme en algunas de las tradiciones morales.

Clausen y Gerth lamentaban la falta de una teoría moral unificada que pudiese vincular los principios entre sí y fundamentarlos conceptualmente.

Se dice que los principios son demasiado racionalistas y distantes del ambiente psicológico donde se toman las decisiones morales y las circunstancias que rodean a cada agente moral y a sus actos.

Como alternativa dice Edmundo Pellegrino se ha propuesto el resurgimiento del método casuístico que consiste en buscar casos con respecto a los cuales existe consenso generalizado para luego desplazarse a los más dudosos ordenándolos por analogía bajo algún principio; casuística no elimina los principios ni es incompatible con ellos sino con su absolutización.

Los casuistas tratan de evitar el enfrentamiento con el pluralismo de la sociedad posmoderna pero la casuística es un producto de la cultura de la edad media, donde funcionaba dentro de un contexto común de fe en Dios y de un destino de la humanidad que ahora no existe; por esta razón concluye el autor mencionando que puede funcionar como método para el análisis de casos particulares, pero no es una fuente confiable ni en la teoría ni en la práctica moral.

Otra opción que se ha formulado es el llamado situacionalismo, en el cual las circunstancias que rodean al acto moral juegan un papel preponderante. De aquí que

algunos autores reclaman la inutilidad de principios generales o teorías éticas y el juicio moral espontáneo es el que prima, siendo el universo de agentes morales inmenso, se llegaría a aceptar la frase trillada de que “hay tantas éticas como personas” con la cual estoy totalmente en desacuerdo.

También se ha postulado volver a la teoría de la “virtud” según la concepción aristotélica, de una teoría de lo recto y lo bueno, sin embargo hay que concordar que no da pautas claras para la actuación y es subjetiva en relación a definiciones personales de la virtud o de la persona virtuosa.

James Drane, en su obra “Como ser un buen médico”, destaca la virtud de la benevolencia en el diagnóstico y pronóstico, la virtud de la veracidad en la comunicación médica, la virtud del respeto en la toma de decisiones y la virtud de la justicia en el acceso a la atención médica.

Implicaciones de los principios de no-maleficencia y de beneficencia en la práctica profesional

Estos principios ubicados en los dos niveles, obligan al profesional médico a:

- Tener una formación teórico-práctica actualizada y, por tanto, permanente.
- Desarrollar un ejercicio fundamentado en la medicina basada en la evidencia (medicina como ciencia).
- Paliar cuando algo ya no tiene cura, utilizando todos los medios posibles para evitar el dolor incapacitante o cualquier otro síntoma que aparezca en las últimas fases de la vida.
- Evitar la iatrogenia por exceso de pruebas, derivada de la llamada "Medicina defensiva".
- Adoptar una actitud favorable a la buena relación médico-paciente, colocando siempre los intereses de este último por delante de argumentos economicistas por un lado, y por otro cuidando las cuestiones de comunicación (medicina como arte).

Para no realizar prácticas maleficientes y actuar con beneficencia es recomendable la formación continuada del médico que le permita desarrollar una medicina basada en la evidencia y centrada en el paciente, a marcarse objetivos de paliar cuando no sea posible curar la enfermedad y a evitar la medicina defensiva.

2.6. EL PERFIL ACADÉMICO PROFESIONAL DEL MÉDICO

El “Perfil Académico Profesional” se define como la descripción de las características principales que deberán alcanzar los educandos como resultados de la acción educativa en las áreas personal, social, académica y profesional, después de haber realizado aprendizaje de ciencias, tecnología, humanidades en una determinada carrera profesional.

Este perfil debe estar explícito en el Plan Curricular. El “Perfil Académico Profesional del Médico” puede definirse, en pre-grado, como el conjunto de orientaciones, disposiciones, conocimientos, habilidades y destrezas que se consideran deseables y factibles para obtener primero el grado académico de Bachiller Profesional y para ejercer las labores y ocupaciones correspondientes al área de la profesión de médico-cirujano.

Este es la base fundamental del proceso de educación médica. Este perfil comprende tres categorías o tiene tres componentes: el “ocupacional”, el “académico” y el “psicológico”. Enfatizaremos que es importante una adecuada articulación de los tres componentes, en tanto dicha articulación garantiza la armonización de la educación con la sociedad y con el desarrollo humano del médico.

El “perfil ocupacional o profesional”, que describe las actividades y tareas típicas o propias de su área de profesión. Expresa la descripción de las exigencias del mercado de trabajo, traducidas en habilidades, destrezas, rasgos de la personalidad, conformación física y el nivel de educación inherente al desempeño profesional. Comprende las actividades administrativas, técnica-operativas, docentes y de investigación.

El “perfil académico”, que comprende los conocimientos, las habilidades, destrezas y actitudes que debe poseer el egresado al concluir sus estudios de pregrado y que le permitan un óptimo desempeño en su profesión. Expresa las características deseables que se pretende lograr en las áreas de información, formación y sensibilización y, representa, entonces, los rasgos, las particularidades, los conocimientos y las expectativas que califican a una persona para recibir el diploma o el certificado académico de Bachiller Profesional.

El “perfil psicológico”, también llamado de personal o de características personales deseables en el individuo que va a ejercer la profesión médica. El egresado al culminar su proceso de estudios de pregrado debe tener un perfil psicológico y ético que incluya: alto sentido de responsabilidad y actitud responsable; capacidad autocrítica y actitud crítica; capacidad para tomar decisiones; alto nivel de tolerancia y de persistencia; alto grado de sociabilidad y asertividad; capacidad de liderazgo; actitud crítica e innovadora; actitud altruista.

En función del Perfil Académico Profesional se aplican y/o se formulan las siguientes técnicas y documentos:

- Plan de Estudios, como el conjunto de asignaturas, seminarios, laboratorios, trabajos de campo entre otros, que se planifican y programan en función del Perfil Académico-Profesional y de los Objetivos Curriculares.

- Mapa Curricular, que es la expresión gráfica del Plan de Estudios y las relaciones horizontales y verticales de las asignaturas componentes durante los ciclos de enseñanza y a lo largo de todos los años curriculares. Permite visualizar la organización de los contenidos y los pre-requisitos y requisitos correspondientes.

- Currículo. Es el conjunto ordenado de fines, objetivos, estrategias, contenidos y métodos, que con determinados recursos y en función de una realidad, se ejecuta en determinado nivel de enseñanza con el objetivo de lograr el desarrollo pleno de la persona en sus dimensiones individual, académico-profesional y social.

- Syllabus o Sílabo documento en el que un grupo de docentes comunican lo que se pretende que los estudiantes alcancen al final del curso o asignatura; la manera cómo van a facilitar el logro de los objetivos y los criterios y medios que emplearán para lograrlos, el sílabo es el instrumento de programación curricular y más, propiamente, un instrumento del perfil académico profesional, que orienta el desarrollo global de una asignatura a cargo de un profesor.

2.7. LA UNIVERSIDAD, LA EDUCACIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ÉTICA Y BIOÉTICA

En educación médica se aspira al logro de tres fines:

- a) Cognitivos, mediante la transmisión de conocimientos, para enseñar al alumno cómo, cuándo y por qué realizar el acto y los procedimientos médicos.
- b) Destrezas y habilidades, para adiestrarlo en la forma adecuada de realizarlos.
- c) De actitudes y conducta profesional, para que desarrolle el comportamiento que corresponde al trabajo médico.

Para el primero de estos fines, la buena información científica y humanística general es indispensable. Actualmente, con la revolución informacional, tal insumo puede obtenerse con menor presencia del profesor, quien, en consecuencia, ha variado su rol de fuente de conocimiento experto a modulador sensato del sedimento que el estudiante hará de esa información. Por ello, actualmente se suele enfatizar en la capacitación tecnológica del alumno para que capte tal insumo en la forma más completa posible.

En relación con el segundo objetivo, la presencia del profesor es aún necesaria. La transferencia de destrezas y habilidades por medio de prácticas supervisadas permite al estudiante adquirir los procedimientos clínicos indispensables para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades.

Finalmente, cuando de actitudes y conductas profesionales se trata, se requiere no sólo de la presencia del profesor sino de tiempo, espacio y condiciones necesarias para el establecimiento de una relación emocional específica entre docente y discente. Sin esta esencial condición, la posibilidad de que aquél influya en el modelaje de la conducta profesional del estudiante se torna incierta.

La educación médica que se imparte en las universidades Peruanas cumple, con dificultad, los dos primeros objetivos y fracasa claramente en el tercero, salvo excepciones.

En Perú, el Instituto de Ética en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, fundado en 2002, emitió opinión institucional frente al problema de la enseñanza de la ética en la

Facultad de Medicina de San Fernando, recomendando lo siguiente:

- *"Enseñanza de la ética.* Impartir conocimientos básicos sobre ética en el pregrado, con el fin de que el ejercicio profesional del médico se dé en un marco ético.
- *Respecto a la enseñanza de la ética.* Mientras se adquiere la experiencia necesaria, debe hacerse en forma práctica, por lo menos dentro de los cursos fundamentales en todos los años de la carrera, buscando que los profesores seleccionen aquellos problemas éticos que se suscitan en cada área específica del curso que les corresponde.
- *La formación moral del estudiante.* Se requiere de una metodología que, en realidad, aún no está disponible o no existe, señalándose la alta necesidad de investigación en este campo".

De otro lado, un estudio reciente de Alarcón y colaboradores analiza los currículos de 16 escuelas de medicina y señala que un 88% de ellas dictan un solo curso de bioética, 6% dos cursos y otro 6% tres cursos. Ninguna escuela dicta el curso durante el internado. El 77% de los cursos tienen una orientación principalmente deontológica, relegando los contenidos legales y de investigación. La metodología didáctica es a través de clases teóricas, discusión de casos y seminarios-discusión de lecturas. El contenido de tópicos de bioética en investigación representa tan sólo el 3%. Concluyen que los contenidos de la enseñanza de bioética no se relacionan con las etapas de enseñanza de la medicina, por lo que recomiendan la incorporación de tales cursos en cada etapa, con el fin de incluir coherentemente los contenidos de investigación, deontología y aspectos legales.

3.- OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

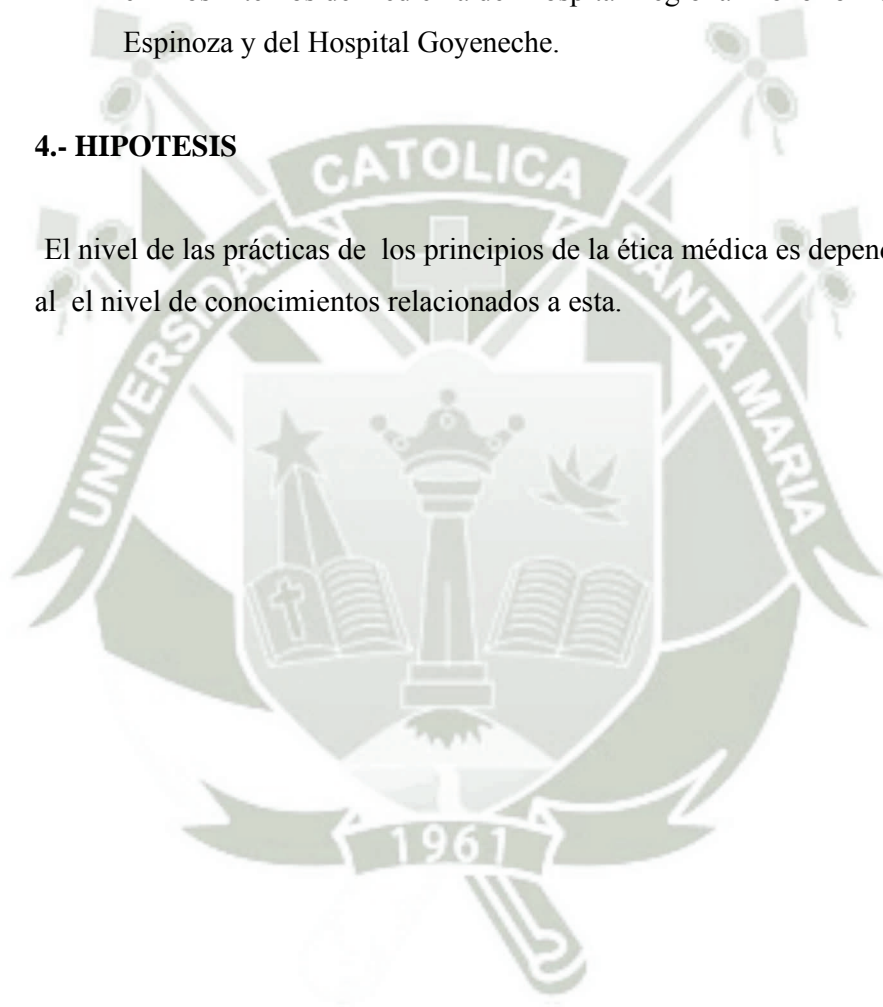
Determinar el nivel de conocimientos y las prácticas sobre aplicación de los principios éticos del Interno de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche.

3.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar el nivel de conocimientos sobre los principios de la ética médica de los Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche.
- b) Precisar el nivel de prácticas sobre aplicación de principios éticos en Los internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y del Hospital Goyeneche.

4.- HIPOTESIS

El nivel de las prácticas de los principios de la ética médica es dependiente al nivel de conocimientos relacionados a esta.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de verificación

1.1. Técnicas

El presente trabajo de investigación es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal, ya que permite obtener información sobre la variable de estudio tal y como se presenta en la realidad en un tiempo y espacio determinado. La técnica a utilizar es la encuesta.

1.2. Instrumentos

Es la encuesta, la misma que se elaboró en forma específica e inédita para el presente estudio.

Dicha encuesta fue validada con el método “Alfa de Cronbach”.

1.3. Materiales

- Papel
- Lapiceros
- Computadora
- Impresora
- Procesador

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El presente trabajo de investigación se realizara en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital Goyeneche.

2.2. Unidades de estudio

-Población:

Internos de Medicina de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María que se encuentren

realizando el Internado rotatorio en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y en el Hospital Goyeneche el año 2014

-Muestra:

60 Internos de Medicina que cumplan con los criterios de selección

-Criterios de Selección:

a) Criterios de inclusión

Internos de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y que estén cursando el internado rotatorio 2014 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y en el Hospital Goyeneche

b) Criterios de exclusión:

Aquellos Internos cuyas encuestas no hayan sido respondidas en su totalidad.

Aquellos Internos que no se encuentren presentes el día de la encuesta.

Aquellos Internos que no quieran colaborar con el estudio.

3. Estrategias para la recolección de datos

- Presentación de documentos administrativos respectivos para solicitar la autorización de toma de datos
- Coordinar con el Jefe de internos de medicina para la autorización de toma de datos.
- Se recopila los datos mediante el uso del cuestionario a la población objetivo.
- Se hace uso de técnicas estadísticas para organizar y reducir masas de datos a términos descriptivos.

- El análisis estadístico generará información precisa y definida respecto a las características de los datos.
- Para lograr tal cometido se desarrollará la tabulación y análisis como la codificación, categorización de las variables (datos), elaboración de matriz de codificados a paquetes informáticos para su procesamiento estadístico.
- Se hará uso de la estadística descriptiva.
- La presentación se hará en tablas y gráficos.



VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABAJO

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE 20 al 30	DICIEMBRE 01 al 04	DICIEMBRE 05 al 31	ENERO 01 al 28 FEBRERO
Búsqueda de Información	X	X		
Elaboración del Proyecto	X	X		
Presentación del Proyecto			X	
Recolección de Datos				X
Análisis e Interpretación				X
Elaboración de Informe Final				X

- Fecha de inicio: 20 de Noviembre del 2013
- Fecha de culminación: Febrero del 2014